



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Caracterização dos beneficiários do Programa *De volta para casa* de Belo Horizonte/MG/Brasil quanto à autonomia e comportamento social

Kênia Silva Moreira

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Políticas e Serviços de Saúde Mental

Supervisor: Prof. Doutor José Caldas de Almeida

Co-orientadores: Regina Céli. Fonseca Ribeiro / UFMG

Tânia Lúcia Hirochi / UFMG

Livia de Castro Magalhães / UFMG

2015

“Torna-se, assim, importante conceder crédito às pessoas, a fim de que a sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedores com respeito a si mesmos” (SARACENO, 2001)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da minha vida que, durante os últimos vinte anos, multiplicou-se com a possibilidade de contribuir para a liberdade e felicidade de tantas outras vidas junto aos usuários e familiares no campo da saúde mental.

Agradeço à minha família extensa- Vovó Naná, mãe, filhos, companheiro, irmãos, em especial ao meu pai, grande incentivador e apoio em todos os meus desafios e mestre com o qual não me canso de aprender e vivenciar valores e experiências de solidariedade humana.

Agradeço às orientadoras Regina, Livia e Tânia, professoras queridas que marcaram minha formação em Terapia Ocupacional, profissão da qual tanto me orgulho, por ser fonte de realização profissional, pessoal e humana.

Agradeço à equipe da UNL, em especial ao Prof. Dr. Caldas de Almeida por conceder crédito ao meu potencial, tornando possível o sonho do empreendimento deste mestrado.

RESUMO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS: Trata-se de estudo transversal descritivo, em etapa única, cujo objetivo foi traçar o perfil dos beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte / Minas Gerais / Brasil, quanto às habilidades de vida independente (autonomia) e comportamento social.

MÉTODO: O universo inicial de beneficiários era de 210, em julho de 2013, data de aprovação do protocolo. Por questões operacionais, o público-alvo considerado e estudado foi de 121 beneficiários. Foram utilizados como instrumentos as escalas Independent Living Skills Survey (ILSS) e Social Behavior Scale (SBS).

Foi feita a análise estatística dos dados e os resultados foram analisados à luz do paradigma emergente de produção social da saúde.

RESULTADOS: Considerando o total válido estudado de 121 beneficiários, os resultados revelaram que 82,4% apresentam diagnóstico de esquizofrenia e 62% eram do sexo masculino. Apresentaram média de idade de 57,9 anos e tempo médio de internação psiquiátrica antes de inserção no programa de 30,9 anos. Quanto à autonomia, os resultados da ILSS revelaram uma média global de 1,6 sendo que os melhores índices foram alcançados nos subitens Cuidados pessoais (2,69), Alimentação (2,53), Saúde (2,07) e os piores índices foram encontrados nos subitens Emprego (0,47), Lazer (0,86) e Preparo e armazenamento de alimentos (0,98). Quanto aos problemas no comportamento social, os resultados da SBS revelaram uma média global de 0,69 sendo que as áreas de maiores dificuldade foram: Rir ou falar sozinho (40,5%), Incoerência da fala (29%), Auto-cuidado precário e Pouca atividade (ambas com 25,6% cada). As áreas de menores dificuldades, ainda quanto à SBS, foram: Idéias suicidas 92,4%), Comportamento sexual inapropriado (7,4%) e Depressão (9,9%).

CONCLUSÃO: Concluiu-se que o perfil dos beneficiários do PVC, quanto à autonomia e aos problemas de comportamento social, aponta para médias relativamente baixas. O desafio para o enfrentamento desta questão deverá considerar estratégias múltiplas de ação à luz do paradigma emergente de saúde e da reabilitação psicossocial que priorize o empoderamento e protagonismo do beneficiário. É necessário o desenvolvimento de outros estudos que ampliem o evidenciamento desta clientela no que tange às suas reais necessidades e potencialidades para que se possa efetivar o ajuste necessário para a legitimação do programa enquanto ação efetivo-eficaz de promoção de saúde.

Palavras-chave: desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, paradigma emergente de saúde, autonomia.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND OBJECTIVES: A descriptive cross-sectional study in a single stage was conducted to investigate independent living skills and social behavior profile of beneficiaries of Programa De Volta para casa (PVC) who live in Belo Horizonte/Minas Gerais/Brazil.

METHODS: The target population included a total of 210 individuals in July 2013, when the study was approved by the ethics committees. Because of operational reasons only 121 individuals were evaluated. Data were collected using the Independent Living Skills Survey (ILSS) and the Social Behavior Scale (SBS).

Statistical results were analyzed considering as a reference framework both the emerging paradigm of social health production.

RESULTS: Considering a sample of 121 individuals, results revealed that 82.4% were diagnosed with schizophrenia, and 62% were male. The mean age was 57.9 years and the mean stay in the psychiatric hospital prior to PVC was 30.9 years. Independent living skills measured by ILSS revealed a global mean of 1.6, and the best scores were in the following subscales: personal care (2.69), feeding (2.53) and health (2.07). On the other hand, the worst scores were in the following subscales: employment (0.47), leisure (0.86) and food preparation (0.98). Impairment of social functioning measured by SBS revealed a global mean of 0.69, and the best scores were in the following subscales: laughing and talking by itself (40.5%), conversation: incoherence (29%), appearance and personal hygiene (25.6%), and idleness (25.6%). The worst scores were in the following subscales: suicidal ideations (92.4%), improper sexual behavior (7.4%), and depression (9.9%).

CONCLUSION: It was concluded that the profile of PVC beneficiaries, regarding their autonomy and their problems of social behavior, points to a relatively low average. The challenge of facing this issue should consider multiple strategies of intervention that prioritizes the empowerment and leadership of the beneficiaries, based on the emerging paradigm of health and psychosocial rehabilitation as a reference framework. The development of other studies that expand the evidencing of this target population with respect to their real needs and capabilities in order to carry out the necessary adjustments for the legitimacy of the program as effective health promotion action is required.

Keywords: deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, emerging health paradigm, autonomy.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a julho de 2011)	32
GRÁFICO 2:	Residências Terapêuticas por ano. Brasil (2002 – julho de 2011)	32
GRÁFICO 3:	Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF (Brasil. 2003 – julho de 2011)	33
GRÁFICO 4:	Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 – julho de 2011)	33
GRÁFICO 5:	Médias por subitens do ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.	77
GRÁFICO 6:	Médias por subitens do SBS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.	81

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Descrição da amostra do estudo: características sociodemográficas. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	73
TABELA 2:	Descrição da amostra do estudo: características da situação de tratamento de saúde. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	74
TABELA 3:	Descrição da amostra do estudo: características de hábitos sociais. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	76
TABELA 4:	Média e desvios-padrão da ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	77
TABELA 5:	Diferenças entre sexos em relação ao escore da escala ILSS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	78
TABELA 6:	Prevalência de problemas de comportamento social (SBS-BR). Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	79
TABELA 7:	Prevalência de incapacidade social (n=121) (escores SBS-BR iguais a 2, 3 ou 4). Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	80
TABELA 8:	Diferenças entre sexos em relação ao escore da escala SBS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	81
TABELA 9:	Principais correlações entre os itens das escalas ILSS e SBS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	82
TABELA 10:	Correlações entre itens das escalas SBS e ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.	83

ÍNDICE:

I	INTRODUÇÃO.....	10
II	INTERFACES DA TEMÁTICA.....	16
III	PARADIGMA EMERGENTE DE SAÚDE: PRINCÍPIOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	16
IV	REFORMA PSQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	23
V	REFORMA PSQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL.....	30
VI	O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS.....	36
VII	PERSPECTIVAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	42
VIII	EVIDÊNCIAS.....	50
IX	OBJETIVO DO ESTUDO.....	60
X	METODOLOGIA.....	61
X.1)	TIPO DO ESTUDO.....	61
X.2)	ETAPAS DO ESTUDO.....	61
X.3)	LOCAL DO ESTUDO.....	62
X.4)	POPULAÇÃO ESTUDADA.....	65
X.5)	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	66
X.6)	COLETA DE DADOS.....	67
X.7)	PROCEDIMENTOS.....	69
X.8)	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
X.9)	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	70
XI	RESULTADOS.....	72
XII	DISCUSSÃO.....	84
XIII	RECOMENDAÇÕES.....	96
XIV	CONCLUSÃO.....	99
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
	ANEXOS A1 a A4 – Comitês de ética em pesquisa.....	106
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, DE CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE E DE HÁBITOS SOCIAIS.....	110
	ANEXO C - ESCALA ILSS (INDEPENDENT LIVING SKILLS SURVEY).....	114
	ANEXO D - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE LIMITAÇÕES NO COMPORTAMENTO SOCIAL (SBS-BR).....	120

I-INTRODUÇÃO

Meu interesse e envolvimento com a Saúde Mental não é recente. Foi iniciado na graduação em Terapia Ocupacional, em 1994, pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Acompanhei parte do processo da reforma psiquiátrica brasileira, participando ativamente como delegada representante do estado de Minas Gerais e relatora da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília/DF, em 2001. A partir deste evento, deflagraram-se e potencializaram-se as diretrizes da reforma. Integrada ao movimento sócio-político de trabalhadores, usuários e familiares, atuei em diversos serviços substitutivos, seguindo a metodologia de redes e contribuindo com a viabilização de um fazer-pensar prático em saúde mental.

Esta experiência foi-se desenhando também no campo da reabilitação psicossocial, à luz da garantia de direitos humanos e da ética.

Embora não tenha sido uma prática baseada em evidências, foi uma *PRÁXIS* no sentido de uma prática não alienada, crítica, complexa, a partir do paradigma de produção social da saúde; uma *práxis* sempre transformadora e questionadora, implicada com o contexto sócio-político-histórico no qual estava inserida.

O encontro com o Mestrado Internacional de Política e Serviços de Saúde Mental (Universidade Nova de Lisboa/UNL) foi um “bom encontro” no sentido de “potencializar” minha *práxis*, conferindo-lhe mais cientificidade. Este estudo possibilitou ressignificar e sistematizar os conhecimentos práticos de reabilitação psicossocial adquiridos, até então, no cotidiano “banal” com os sujeitos portadores de transtorno mental severo e persistente, no cenário da cidade.

E é a cidade que tem sido o cenário das transformações que, nos últimos anos, seja pelo viés da garantia de direitos, seja pelo epidemiológico, a reforma psiquiátrica brasileira tem se firmado. A desinstitucionalização, que tem sido a estratégia chave da política de saúde mental de Belo Horizonte, tem acontecido preferencial e literalmente nos espaços da cidade. Neles, a cidadania tem sido conquistada, os sujeitos têm se habilitado, eles mesmos, para esta vida “*di-ver-cidade*”, experimentando seus potenciais e limites.

A experiência de desinstitucionalização brasileira foi precedida por diversos países como Inglaterra, França, Estados Unidos e, principalmente, a Itália. A reorganização da assistência à saúde mental foi o objetivo comum a todos estes países. Persiste o desafio da construção de mecanismos de controle e avaliação dos serviços comunitários, com vistas a examinar sua eficácia e efetividade.¹

Considerando também a escassez de estudos brasileiros nesta área, reforça-se a importância do presente estudo para contribuir na temática da vida em comunidade.

A Organização Mundial de Saúde também recomenda avaliações permanentes e periódicas de serviços e programas de saúde mental.² Para viabilizar estas avaliações, é importante a utilização de instrumentos de medida padronizados e validados que permitam confiabilidade da pesquisa. No Brasil, vários instrumentos já foram validados, dentre eles os utilizados neste estudo: o Inventário de habilidades de vida independente – ILSS³ e a escala de funcionamento social – SBS.⁴

O presente estudo, na medida em que propõe caracterizar os beneficiários do Programa De volta para casa (PVC) quanto às habilidades de vida independente e ao comportamento social, visa contribuir para a história do movimento de reforma psiquiátrico mineiro e para o avanço técnico, político e científico do mesmo, que até então teve em sua essência raízes político-ideológicas de sustentação.

A escolha do PVC, pelo contexto desta pesquisa, deu-se pelo reconhecimento público do mesmo internacionalmente, constatado pela primeira vez por ocasião de uma aula de *Determinantes sociais de saúde*, ministrada pelo Prof. Dr. Vikram Patel, no MESTRADO INTERNACIONAL DE POLÍTICA E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (Universidade Nova de Lisboa), em 2010. O reconhecimento não se deu tanto pela evidência científica do programa, mas por sua significativa dimensão ético-político-ideológica de garantia de direitos humanos. Por se tratar de um mestrado político, foi apreendido como compromisso, enquanto uma das profissionais brasileiras presentes, a possibilidade de contribuir para o avanço e reconhecimento do programa em sua dimensão científica, evidenciando parte do perfil dos beneficiários, por meio de instrumentos validados cientificamente.

A escolha dos constructos autonomia e comportamento social, medidos por instrumentos validados e fidedignos, justifica-se pelo entendimento de que os mesmos são pontos-chave importantes na construção teórico-metodológica, que entende o PVC como experiência prática de empoderamento do sujeito, tanto no paradigma emergente de saúde quanto no modelo de reabilitação psicossocial proposto por Saraceno⁵. Estes constructos permitem o lançamento de hipóteses quanto a possíveis inter-relações entre eles, bem como destes com os dados sócio-demográficos. Não foi objetivo deste estudo, entretanto, fazer tais associações entre estes constructos, mas, sim, caracterizar os beneficiários a partir destes. Isto porque não havia nenhum tipo de dado sistematizado pela gestão municipal acerca do programa e de seus beneficiários, não sendo possível levantá-los em tempo hábil para testar as associações. Priorizou-se a elaboração de um perfil inicial dos beneficiários quanto aos constructos acima descritos e quanto a dados sócio-demográficos. Ainda sobre este ponto, sugere-se que os estudos descritivos tenham também uma hipótese e que partam de alguma questão e ressalta-se a

importância do objetivo da coleta de dados: “dados a serviço de quê ou de quem?” (Informação verbal).¹ Neste estudo, em se tratando de pessoas desinstitucionalizadas, algumas questões/hipóteses seriam melhor problematizadas utilizando os constructos autonomia e comportamento social, como por exemplo: a autonomia e o comportamento social são melhorados ao serem transferidos para a comunidade? Quanto maior a autonomia do sujeito, menores serão suas necessidades? Quanto melhor seu comportamento social, maior sua autonomia? Além disto, há a justificativa financeira: quanto maior a desabilidade ou disfunção, maior o custo do cuidado, o que poderia ser entendido como: quanto menor a autonomia, maior a disfunção e os custos assistenciais.

O estudo foi realizado, a princípio, com o intuito não de responder diretamente a estas hipóteses/questões, mas de contribuir para o início da construção do perfil da clientela do programa e que subsidiasse uma discussão futura. A avaliação destes aspectos, de certa forma, garante evidência para dar suporte ao PVC. O PVC é uma ação estratégica de uma política pública de saúde e, como tal, tem o compromisso de atender às reais necessidades dos beneficiários, garantindo-lhes qualidade de vida. Espera-se, por isso, que o “simples” evidenciamento do perfil dos beneficiários quanto à sua autonomia e comportamento social já seja uma contribuição importante, no sentido de nortear e legitimar esta política em suas dimensões técnica, ética, política e científica, de reais empoderamento e protagonismo dos sujeitos.

Além do reconhecimento público e internacional do PVC, referido anteriormente, estudá-lo representa a oportunidade de aprofundamento nos desafios trazidos pela cronicidade, antes e após desinstitucionalização.

Para Desviar⁶

¹ Informação fornecida pelo Professor Benedetto Saraceno em aula de Epidemiologia e Saúde Pública, módulo I, aos alunos do Mestrado Internacional de Política e Serviços de Saúde Mental da Universidade Nova de Lisboa em setembro de 2009.

Nos primórdios da reforma psiquiátrica, pecou-se por um certo otimismo, ao supor que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com o fechamento ou a transformação dos hospitais psiquiátricos e com o tratamento na comunidade. Ao contrário... em todos os lugares onde se realizam reformas, a desinstitucionalização põe em destaque a persistência da cronicidade e a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais.

Urge, pois, uma reafirmação do compromisso com os indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes, crônicos. Urgem respostas efetivas, eficazes e intersectoriais frente às comorbidades, mortalidade e às consequências negativas, até mesmo no aspecto econômico, deflagradas pela cronicidade nas comunidades.⁵ Este estudo traz uma contribuição inédita de uma primeira tentativa de abordagem e escuta de uma clientela significativamente comprometida e cronificada, por uma média de dezoito longos anos de institucionalização no período que antecede ao cadastramento no programa. Espera-se que o estudo impulse avanços para a problemática dos “novos crônicos”.

Apesar do objetivo deste estudo ser a descrição das habilidades de vida independente e do comportamento social de beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), não foi alvo da revisão da literatura um aporte teórico detalhado sobre as habilidades de vida independente e comportamento social especificamente. Estes constructos são aqui entendidos como autonomia, na perspectiva complexa e sistêmica de poder contratual ou contratualidade de Kinoshita.⁶ Serviram como ferramentas para o exercício de articulação teórica de construção de uma fundamentação baseada em evidências para o PVC. O foco da argumentação teórica proposta é o entendimento do PVC enquanto estratégia política de promoção de saúde. Para este entendimento, buscou-se como alicerce paradigmático a perspectiva de reabilitação psicossocial de Saraceno.⁷

São apresentadas, no desenvolvimento deste trabalho, interfaces temáticas que se referem ao paradigma emergente de produção social da saúde, histórico dos movimentos de reforma psiquiátrica, linhas gerais do PVC e dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) bem como algumas evidências na área.

Em seguida às interfaces temáticas, apresenta-se a metodologia do trabalho que propôs um estudo transversal descritivo com aplicação de duas escalas validadas para o Brasil – Inventário de habilidades de vida independente (ILSS) e a escala de avaliação de limitações no comportamento social (SBS-BR).

Os resultados vêm a seguir, de forma descritiva, buscando o exercício do entendimento do PVC enquanto experiência de promoção de saúde utilizando como elementos concretos para a discussão os resultados obtidos pelas escalas. Neste sentido, os dados estariam, de certa forma, a serviço de uma possível reordenação do programa enquanto estratégia política de reabilitação psicossocial.

Ao término, são tecidas algumas considerações e recomendações no sentido de que o presente estudo contribua senão para o início de um processo de avaliação do programa, para uma sistematização dos dados referentes aos beneficiários.

II- INTERFACES DA TEMÁTICA

A temática deste estudo visa contribuir para a atualização de uma discussão quanto a importantes aspectos da desinstitucionalização no campo da saúde mental, frente ao desafio que se impõe para a garantia de uma legítima vida digna e em liberdade na comunidade. Aspectos estes que dizem respeito à articulação não apenas das práticas de saúde mental à Atenção primária de saúde, mas a uma articulação teórico-conceitual entre ambas.

Propõe-se a discussão dos resultados com base na articulação entre **paradigma emergente de saúde**, a **desinstitucionalização** e a perspectiva de **reabilitação psicossocial proposta por SARACENO** com vistas ao entendimento mais amplo do estudo da autonomia e do comportamento social como ferramentas para se conquistar efetivamente o empoderamento e o protagonismo dos sujeitos, propostos tanto pela saúde mental quanto pela Atenção primária.

Os limites deste estudo não permitem uma análise profunda destes temas, mas apenas o desafio de um exercício de articulação teórico-metodológica, aparentemente distantes até então.

III) PARADIGMA EMERGENTE DE SAÚDE: PRINCÍPIOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

A proposta neste tópico é, num primeiro momento, um alinhamento histórico dos marcos mais importantes das diretrizes da política de saúde pública, em seu viés de promoção, e a descrição dos sete princípios caracterizadores de ações de promoção de saúde (concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade).

Num segundo momento, segue a esta apresentação a tentativa de reconhecimento de cada um destes princípios no PVC legitimando-o como uma experiência exitosa de articulação da saúde mental à Atenção primária. O ponto de partida do presente estudo é que a operacionalização de cada um dos princípios estaria intimamente relacionado à capacidade de trocas sociais dos sujeitos beneficiários das ações de promoção, e que este potencial para trocas sociais também estaria diretamente relacionado a um bom nível de habilidades de vida independente (autonomia) e a comportamentos sociais mais ajustados.

O **paradigma emergente de produção social de saúde**, ainda “em transição”, apesar de ter conceitos já bem disseminados no campo da Saúde Pública, ainda carece de experiências práticas e de avaliações que o legitimem. Neste sentido, enquanto um exemplo prático de ação embasada neste paradigma, entende-se o Programa De volta para casa (PVC) que vislumbra a vida em comunidade com mais autonomia , entendida neste estudo como um princípio de promoção de saúde.

Segundo Sícoli e Nascimento⁸

a promoção de saúde envolve duas dimensões: a conceitual – princípios, premissas, e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde – e a metodológica – que se refere às práticas , planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico. As práticas existentes que se intitulam “promotoras” de saúde ainda são dispersas e raras e não dispõem de avaliações permanentes (p.102).

A expressão promoção de saúde foi utilizada sob diferentes formas e sentidos evoluindo de um sentido de prevenção em 1945, até o sentido de determinação social da saúde pelas condições sócio-políticas e econômicas, nos dias atuais. ⁸ Vários documentos tais como a Declaração de Alma Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986), a II e III Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde (1988, 1991) e a

Declaração de Jacarta (1997) foram importantes marcos na história da evolução deste conceito.

Segundo Carvalho e Gastaldo,⁹

a Promoção de Saúde moderna constitui um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo. Tendo como referência documentos publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e resoluções de diversas conferências internacionais, o ideário da Promoção de Saúde, com sua abordagem socioambiental, vem introduzindo novos conceitos, idéias e uma nova linguagem sobre o que é saúde e sugerindo caminhos para uma vida saudável (p. 2030).

Para Sicoli e Nascimento⁸

o novo paradigma representa uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo.

Carvalho e Gastaldo⁹ destacam a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias como estratégias priorizadas pela Promoção de saúde. O PVC tem ações diretas que contribuem imediatamente para as duas últimas na medida em que estimula o empoderamento e a autonomia dos beneficiários do programa na gestão da própria vida e na medida em que se insere ativamente na comunidade provocando nesta a apropriação da causa histórica da reforma psiquiátrica.

Quanto aos princípios propriamente ditos, a *concepção holística* determina que as iniciativas de promoção fomentem a saúde física, mental, social e espiritual⁸ e pressupõe a compreensão ampliada de saúde assumida pela Organização Mundial de Saúde. No documento produzido em 1984, segundo estes autores, a OMS declara que a promoção de saúde envolve a população como um todo no contexto do seu dia-a-dia, ao

invés de focar grupos de risco para doenças específicas.⁸ Ainda segundo esta mesma fonte, a saúde é subentendida como fenômeno produzido socialmente,

cabendo ações de âmbito coletivo no cotidiano da população, extrapolando o campo específico da assistência médico-curativa. Este seria justamente o campo de ação da promoção, cuja concepção e significado deveriam enfatizar a determinação social, econômica e ambiental mais do que puramente biológica ou mental da saúde (p.108).

A *concepção holística* é percebida no PVC na medida em que o mesmo considera a dimensão biopsicossocial dos sujeitos, de forma multifatorial e complexa. Os sujeitos inscritos no programa são apreendidos em suas subjetividades e em suas diversas necessidades e não como grupos de risco de adoecimento mental. Além disso, pode-se afirmar que o aspecto cotidiano do PVC, longe do eixo curativista e do foco na doença, concebe sua perspectiva de reabilitação psicossocial como, na verdade, de promoção biopsicossocial. Suas ações dirigidas aos determinantes da saúde e a operacionalização da promoção articulando diferentes setores, integrando saúde, educação, meio ambiente, lazer, trabalho, alimentação, assistência social, transporte, etc, aponta para o alinhamento com outro princípio da promoção que é a *intersetorialidade*; aqui entendida “como articulação de saberes e experiências para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social e a inclusão social”.¹⁰

Quanto às *ações multi-estratégicas*, estas dizem respeito a diferentes abordagens sejam elas de organização, políticas, legislativas ou educacionais. Juntamente com o princípio da *intersetorialidade*, o de *ações multi-estratégicas*, pode ser percebido no PVC em sua tentativa de articulação com a Atenção Primária, garantindo inserção dos beneficiários às ações nesse nível de saúde, e com outros setores e políticas públicas, como a Assistência Social, a Cultura, o Lazer, por exemplo.

O *empoderamento* e a *participação social* são destacados como princípios-chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde”.¹¹

O *empoderamento* é o “princípio entendido como o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde”.¹²

Segundo Labonte¹³ o termo diz respeito à transformação da impotência internalizada e vivenciada pelos sujeitos perante a perda de poder da própria comunidade. A primeira ação de empoderamento de uma comunidade seria este resgate do poder.

Esta tentativa de devolução do poder seja contratual seja de auto-gestão da própria vida pode ser verificada junto aos sujeitos desinstitucionalizados do PVC. Objetiva-se que o beneficiário, longe do sentido passivo de apenas receber o benefício, deixe a condição anônima, passiva e vazia de “interno” ou paciente de hospital psiquiátrico e conquiste a condição de munícipe, através do exercício diário de seu poder contratual, resgatando seu potencial intrínseco para trocas sociais. Empoderar-se, nesse sentido, é então exercitar-se enquanto “dono” daquele território no qual realmente habita, mora, vive. E não se trata de algo crescente, que se conquiste mais e mais. Mas de algo que se ganha e se perde, de forma dialética, tensa e complexa estando o empoderamento na capacidade de administrar as tensões deste viver em liberdade.

A participação social é compreendida como

o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas.¹²

É um princípio-chave do PVC. Os beneficiários, em seus papéis ativos de moradores de uma comunidade ou território específicos, são incentivados a participar ativamente daquela comunidade. A participação numa gama diversa de ações como fazer compras, ir a salões de beleza, freqüentar escola e igrejas, integrar grupos de geração de trabalho e renda e fóruns de discussão e construção coletiva das políticas públicas levam os sujeitos, historicamente, ao desenvolvimento de novos papéis sociais, agora sem aspas e de forma viva, como o de vizinho, cliente, amigo, padrinho, aluno, trabalhador, telefonista, porteiro, artesão, costureira, cozinheira, cabeleireira, jogador de futebol, dentre tantos outros.

Como afirmado por Sícoli e Nascimento ⁸ na Carta de Ottawa (1986), a promoção tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde e está afinada com o princípio de justiça social. A *equidade* é um princípio implícito no PVC que viabiliza a reabilitação psicossocial de acordo com as necessidades e complexidade de cada caso, de forma igualitária. "Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar".⁸ Segundo a OMS, ¹¹ para alcançar a *equidade* "é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizem "*grupos desprivilegiados e vulneráveis*" e revertam as desigualdades sociais instaladas". O PVC visa criar, através do acesso a moradias inseridas na comunidade e que respondam a partir das reais necessidades dos moradores, ambientes de vida mais favoráveis, ampliando o acesso dos ditos vulneráveis pacientes desinstitucionalizados a dimensões para além da não-doença.

Finalmente, o princípio da *sustentabilidade* remete ao duplo sentido "de criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e

garantir um processo duradouro e forte”. Trata-se de um princípio importante na medida em que as ações de promoção de saúde são de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos a médio e longo prazo.⁸

Para Sicoli e Nascimento,⁸

a problemática da sustentabilidade assume, neste final de século, um papel central na reflexão em torno das dimensões do desenvolvimento e das alternativas que se configuram para garantir equidade e articular as relações entre o global e o local. A noção de sustentabilidade implica uma necessária interpelação entre justiça social, qualidade de vida, equilíbrio ambiental e a necessidade de desenvolvimento com capacidade de suporte. Mas também se associa a uma premissa da garantia de sustentação econômico-financeira e institucional.

Quanto à sustentabilidade do PVC, pode ser pensada na dimensão política e financeira. A primeira é garantida por um conjunto sólido de diretrizes políticas, leis e portarias e a segunda, mais complexa, garantida por um aporte crescente, embora ainda insuficiente de recursos para a continuidade do processo de desinstitucionalização de uma grande quantidade de pacientes ainda institucionalizados.

Enfim, a abordagem socioambiental da Promoção de Saúde⁹

preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados.

A justiça social e a equidade integram as premissas do movimento de reforma psiquiátrica e das experiências de desinstitucionalização sendo, portanto, alicerces do PVC. A educação, o saneamento, a paz, a habitação e a renda compõem, com vários outros aspectos, o cenário da cidade almejada para e pelos beneficiários do programa. Garantir condições dignas de vida e possibilitar que os sujeitos tenham um maior controle sobre os determinantes de sua saúde são alguns dos objetivos centrais da Promoção de Saúde e do PVC.

A abordagem socioambiental preconiza, ainda, que os serviços devem estar orientados para as necessidades dos sujeitos como um todo, devendo se organizar respeitando as diferenças que porventura existam. Propõe que haja um compartilhamento de responsabilidades e a parceria entre usuários, profissionais e comunidade.⁹ Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) enquanto, de certa forma, unidades operacionais do PVC apresentam essas características, legitimando-se como experiências exitosas de promoção de saúde em todos os seus princípios.

Enfim, segundo Sicoli e Nascimento,⁸ os sete princípios caracterizadores das iniciativas de promoção de saúde, definidos pela OMS - concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade – são suficientemente universalizáveis e operacionalizáveis para permitir sua identificação em iniciativas de natureza diversa. Pode-se perceber que o PVC, enquanto um programa de reabilitação psicossocial viabilizador de acesso a moradia, dentre outros, não apenas em termos estruturais mas considerando toda a complexidade do termo “habitar” impacta extensamente sobre as condições de vida cotidianas dos beneficiários do programa, bem como dos determinantes sócio-econômicos da saúde dos mesmos.

O PVC promove um cotidiano de atuação nos determinantes e causas da saúde, de participação social contribuindo para a elaboração de alternativas práticas educativas que vão além de intervenções sobre os hábitos e estilos de vida individuais.

Além disso, pode ser entendido como uma tentativa positiva de um conjunto articulado de ações de promoção de saúde mental na medida em que age como provocador e articulador concreto de diferentes atores sociais e de políticas públicas para garantir a vida em comunidade.

IV) REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Vidal, Bandeira e Gontijo¹ e Thornicroft, Bebbington e Leff¹⁴ dividem a história dos serviços de saúde mental em três períodos, a saber: o primeiro que foi a ascensão do asilo ocorrida entre 1880 e 1950; o segundo que foi o declínio do asilo ocorrido na maioria dos países desenvolvidos a partir de 1950; o terceiro iniciado nos anos de 1980 caracterizado pela ênfase nos cuidados comunitários e pelo equilíbrio entre as intervenções de promoção e de assistência em saúde mental, denominado originalmente de *balancing mental health care*.

A Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização aqui consideradas coincidem com o segundo e terceiro momentos acima descritos. A desinstitucionalização seria uma das estratégias da Reforma Psiquiátrica, no caso brasileiro, em seu eixo de cuidado aos pacientes de longa internação psiquiátrica. Isto significa focar na rede de cuidados na Atenção primária, desconstruindo a lógica excludente do hospital e intensificando ações de inclusão social.¹⁵ Ressalto, ainda, a concepção de desinstitucionalização de Rotelli apresentada por Amarante¹⁵

“Um trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução da possibilidade – probabilidade; o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas”.

Quanto à **desinstitucionalização**, interessa para o presente estudo sua dimensão sócio-cultural de reforma psiquiátrica, dimensão esta que “propõe o deslocamento da loucura do espaço médico e psicológico para os diversos espaços do meio social criando

mecanismos de reinserção social.”¹⁶ Esta perspectiva é convergente à do paradigma emergente de saúde na medida em que foca a rede de cuidados de saúde mental na Atenção primária, ou seja, na comunidade, buscando desconstruir a lógica excludente do hospital, possibilitando estratégias comunitárias.

Neste sentido, não se trata apenas de retirar o portador de transtorno mental de longa permanência do hospital e alocá-lo na comunidade mas trata-se de um conjunto complexo de ações, através de uma metodologia em rede, focada na promoção da saúde aqui entendida com múltiplos determinantes. E mais ainda, como importante princípio de todo este processo complexo de desinstitucionalização, aponta-se a auto-gestão da saúde, ou seja, a capacidade e a possibilidade dos sujeitos envolvidos darem o rumo de “seus” próprios processos de desinstitucionalização. A autonomia entraria aqui como ferramenta para a auto-gestão da saúde, daí a importância do presente estudo para indiretamente mensurar esta capacidade/potencialidade importante para o alcance do objetivo de promoção de saúde em sua dimensão de protagonismo dos sujeitos.

Por outro lado, é importante lembrar, também, dos riscos e limites da desinstitucionalização apontados por Bandeira¹⁷ e que ajudam a compreender o difícil momento pelo qual a desinstitucionalização mineira está atravessando. É colocado pela referida autora que também outros países convivem com dificuldades e limites na sustentação da desinstitucionalização, tais como falta de apoio financeiro suficiente para criar novos serviços e avançar, falta de formação, preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente mental, dificuldades de articulação entre os atores que compõem a rede assistencial, divergências ideológicas entre os trabalhadores, falta de tolerância com os subgrupos mais deficientes de pacientes, falta de suporte continuado e diversificado aos casos mais complexos.¹⁷

No que tange ao Brasil, mais especificamente a Belo Horizonte/Minas Gerais, existe um número considerável de pacientes institucionalizados e que carecem da transferência dos cuidados para a comunidade em meio a um contexto político difícil de transição partidária e reconstrução de metas e prioridades da “nova” gestão política . Além disso, algumas situações cotidianas ainda transparecem o estigma quanto ao portador de transtorno mental grave que vive na comunidade como a existência de ocorrências de mobilização de vizinhos das residências terapêuticas incomodados com os “novos estranhos” moradores e, por exemplo, de taxistas que recusam-se a atender chamados telefônicos de uma residência terapêutica.

No sentido de consubstanciar a argumentação para aquisição de maior aporte financeiro para a continuidade política do processo de desinstitucionalização específico de Belo Horizonte, este estudo poderá contribuir significativamente com evidência científica do perfil dos já institucionalizados.

Quanto à dimensão histórica, não é proposta deste estudo fazer uma retrospectiva histórica detalhada dos movimentos de Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização.

Seja na Inglaterra com a proposta de criação de comunidades terapêuticas, seja na França com a psiquiatria de setor, nos Estados Unidos com a psiquiatria preventiva ou comunitária, a Reforma Psiquiátrica se desenvolveu amplamente¹ e de formas diversas.

A marca de um forte componente de insatisfação e um impulso à mudança, seja da forma e estrutura do cuidado seja da lógica frente à loucura, podem ser vistos em todas estas experiências. À experiência italiana cabe um destaque por ter sido mais radical e ter influenciado decisivamente a experiência brasileira. Enfim, não há dúvidas

de que a Reforma Psiquiátrica foi amplamente desenvolvida nestes países, incluindo também o Canadá.¹⁸

Embora o processo de Reforma Psiquiátrica tenha suas peculiaridades políticas, culturais, econômicas e sociais em cada país, a característica de processo complexo e multi-facetado é identificável, desenvolvendo-se mais numa ou noutra dimensão, seja política, cultural, ideológica, técnica mas mantendo sua natureza inquietadora.

Importa para este estudo marcar como ponto de partida o entendimento da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização como ¹⁹

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos...compreendido como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (p. 6).

Também é compartilhada por este estudo, a noção de Reforma Psiquiátrica trazida por Amarante¹⁵ que a entende como:

um processo dinâmico, plural, articulado entre si por várias dimensões que são simultâneas e que se intercomunicam, se complementam....com essa dinâmica e pluralidade é, antes de mais nada, um processo...algo que tem movimento, que não é estático e nem tem um fim ótimo...um processo em construção permanente, porque mudam os sujeitos, mudam os conceitos, mudam as práticas, muda a história (p. 27).

Este ponto de partida advém do entendimento de que a “grande reforma” realmente necessária e que balizaria todas as outras que se desencadearam foi a do paradigma que sustentava a lógica da loucura. O grande ideário de mudança foi o de rompimento com o paradigma médico-curativista e com a lógica de aprisionamento do louco.

Segundo Desviat,⁵ Basaglia fez uma crítica ao paradigma da psiquiatria clássica que transforma loucura em doença e ao psiquiatra com o poder-saber de aprisionar e

conter já que não conseguiu a cura da doença mental. A saúde mental de hoje não chama apenas para si a responsabilidade de reverter esta lógica de aprisionamento mas convoca toda a sociedade para receber o dito louco, agora no discurso da diferença.

O desafio que se aponta é, para além da construção de um novo marco colocar em prática efetivas e eficazes formas de cuidado mais humanitárias e solidárias, traduzidas sob a forma de um “novo” paradigma que não passe pela cura mas pela reabilitação psicossocial em seu sentido mais proativo.

Também como desafios à saúde mental global são enfatizadas a importância da complexa articulação da saúde mental à atenção primária, a escassez de recursos e orçamento para a saúde mental, a iniquidade na distribuição dos recursos, a ineficiência do uso dos mesmos e a não efetividade das intervenções nos países em desenvolvimento.²⁰

Saraceno e colaboradores²¹ acrescentam aos desafios problematizadores para o avanço da Reforma Psiquiátrica em sua dimensão política o fato de que a saúde mental não é priorizada na agenda da saúde pública, a fragmentação no eixo de mobilização dos atores envolvidos, o discurso da saúde mental por vezes se apresentar muito teórico, a ausência de indicadores tangíveis e convincentes de saúde mental, o desconhecimento do custo-efetividade dos serviços e conseqüente mal gasto em intervenções pouco efetivas, o próprio estigma como barreira política, a falsa percepção de que a assistência em saúde mental é realizada por caridade, sem a necessidade de uma técnica e, por fim, a centralização de recursos nas grandes cidades.

Prince e colaboradores²² trazem algumas sugestões importantes para o avanço da saúde mental e, no parecer da autora deste estudo, para a reforma psiquiátrica, tais como: o tratamento psicoterapêutico e medicamentoso devem ser garantidos em todos os níveis, casos graves devem ser priorizados, o acesso e a qualidade do cuidado devem

ser garantidos, modelos holísticos de assistência devem ser priorizados, a saúde dos pacientes deveria ser rotineiramente monitorada pelos profissionais, garantia de integração da saúde mental à Atenção primária, a importância do conhecimento acerca dos efeitos das comorbidades e a necessidade de cientificização baseada em evidências acerca das interações entre saúde mental e outras condições de saúde.

Enfim, a Reforma Psiquiátrica é coincidente, em sua origem, com o advento do paradigma emergente de produção social da saúde. Também na segunda metade do século XX houve um “boom” de movimentos que deflagraram a promoção de saúde como a “nova” lógica mais humanitária de cuidados em saúde. Os princípios de empoderamento e participação social dos usuários foram impulsionadores tanto do movimento de promoção de saúde quanto da Reforma Psiquiátrica.

Considerando que a Reforma Psiquiátrica não é apenas uma reforma do hospital psiquiátrico ou não é apenas mudar o “louco” de lugar transinstitucionalizando-o para a comunidade, ⁵sendo, portanto, um movimento muito mais amplo de mudanças intersetoriais e complexas, vale a pena ressaltar a concepção de Amarante ¹⁵ quanto às dimensões da Reforma Psiquiátrica. O autor cita quatro dimensões importantes da reforma psiquiátrica: a *teórico-conceitual* que questiona conceitos de doença, cura, normalidade; a *técnico-assistencial* que foca na formação de uma rede territorial de atenção em saúde mental diversificada; a *jurídico-política* que procura romper estigma e rótulos e a *sócio-cultural* que propõe o deslocamento da loucura para espaços sociais criando mecanismos de inclusão social. ¹⁵ Para o presente estudo interessa mais a dimensão sócio-cultural para a qual as habilidades de vida independente e o comportamento social são aspectos importantes no processo de autonomia e que favorecem a inclusão social.

As Reformas Psiquiátricas nos diversos países se efetivaram diferentemente, numa ou noutra destas dimensões. A seguir a dimensão da reforma no caso brasileiro.

V) REFORMA PSIQUIÁTRICA E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO BRASIL

Falar da Reforma Psiquiátrica brasileira é falar da política nacional de saúde mental visto que aqui no Brasil a dimensão predominante da reforma foi a político-ideológica.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é contemporânea ao movimento de reforma sanitária que eclodiu no Brasil nos anos 70 e que apontava para mudanças nos modelos de atenção e gestão de saúde. Embora contemporâneo, teve sua história própria inserida num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar.¹⁹ Sob a influência dos movimentos reformistas europeus e norte-americanos, diferentes segmentos da sociedade civil brasileira se mobilizaram em favor da luta pelos direitos dos pacientes.¹

A partir da adoção de componentes comuns em outros movimentos internacionais de reforma, a Reforma Psiquiátrica brasileira se diferencia desdobrando-se num delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde. Neste sentido, este estudo visa contribuir para o avanço da Reforma no que tange ao evidenciamento de uma ação político-ideológica importante na história da saúde mental brasileira porém insuficiente para enfrentar os desafios do risco da cronificação do próprio processo. Tais limites não se devem à reforma em si, mas são desafios impostos

ao próprio paradigma emergente de produção social da saúde na qual ela se insere e que têm a ver com a insuficiência de estudos baseados em evidências.

De acordo com o Relatório “*Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*”¹⁹ os principais aspectos da Reforma Psiquiátrica brasileira foram: a crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991), o início da implantação e qualificação da rede extra-hospitalar (1992-2000) e a legitimação da Legislação nacional de saúde mental a partir de 2001, a partir da promulgação da Lei Paulo Delgado 10.216 que redireciona a assistência em saúde mental brasileira.

Além disso, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, da qual a autora deste estudo participou ativamente como delegada e relatora, impôs um novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.¹⁹

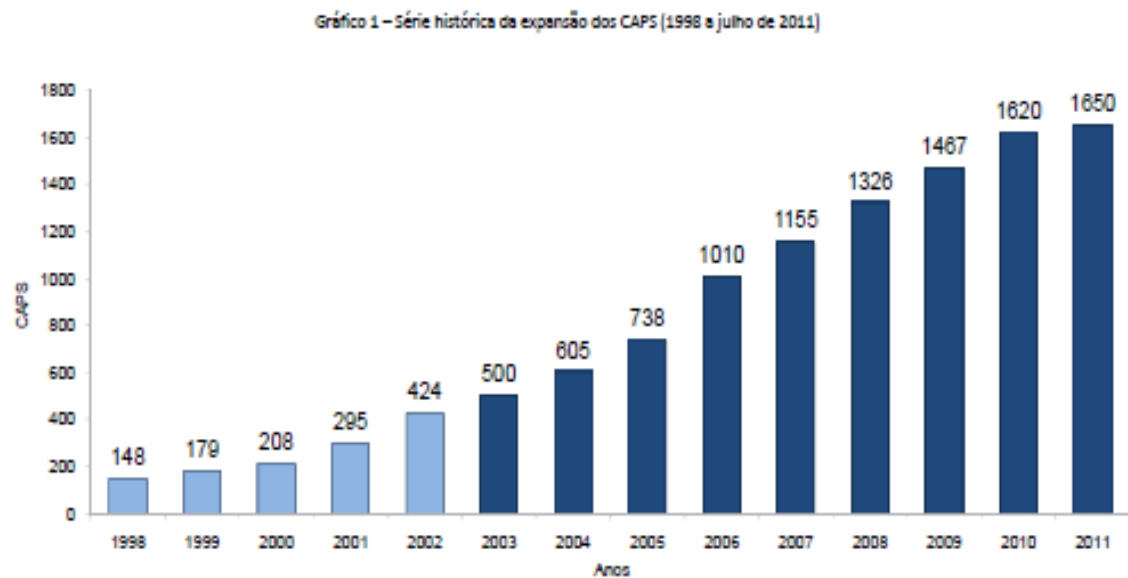
Além destes eixos, Amarante¹⁵ aponta também a criação de um programa permanente de formação de recursos humanos, a implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica.

No que se refere à desinstitucionalização, as ações específicas segundo o relatório acima citado¹⁹ seriam a redução de leitos psiquiátricos e concomitante construção de uma rede substitutiva de dispositivos de cuidados, avaliação anual dos hospitais e de seus impactos, implementação do Programa De volta para casa e de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Isto pode ser visto nos gráficos abaixo.²³ Os gráficos 1, 2 e 3 mostram a expansão da rede substitutiva dos dispositivos de cuidado. Os SRT's expandiram de 85 em 2002 para 596 em 2011. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) expandiram de 424 em 2002 para 1650 em 2011. A expansão do número de beneficiários do PVC, entendido também como importante dispositivo para a desinstitucionalização foi,

também, significativa, passando de 206 em 2003 para 3832 em 2011. Já o gráfico 4 mostra a redução de leitos psiquiátricos do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo 51393 leitos em 2002 e 32681 leitos em 2011, redução bem modesta em comparação com a expansão da rede de serviços comunitários.

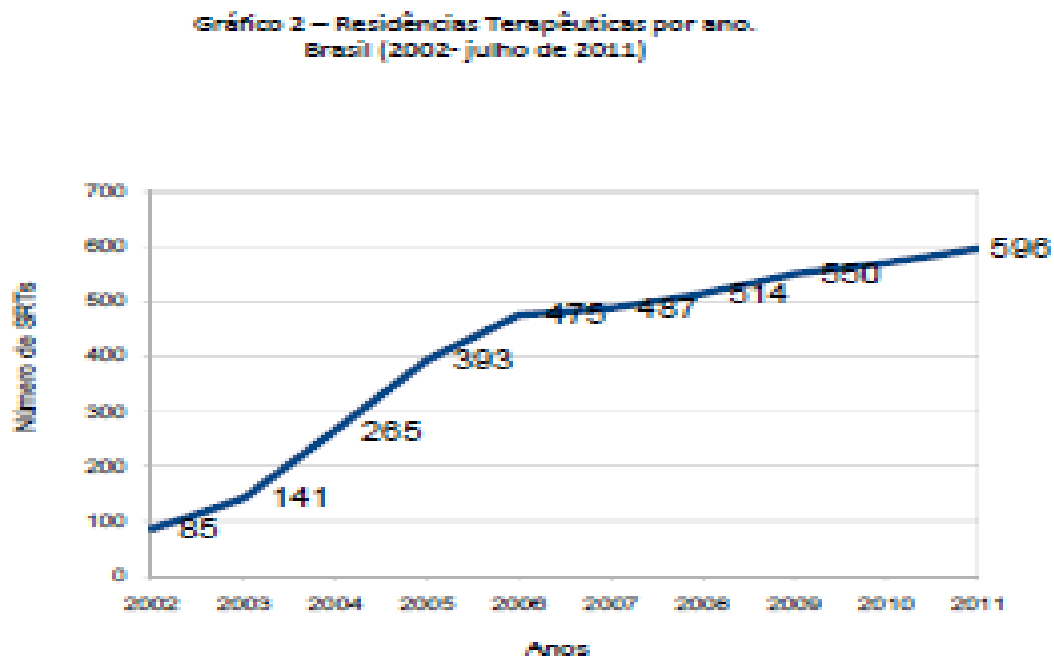
Gráfico 1: Série histórica da expansão dos CAPS (1998 a julho de 2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Dique-Saúde 2001.

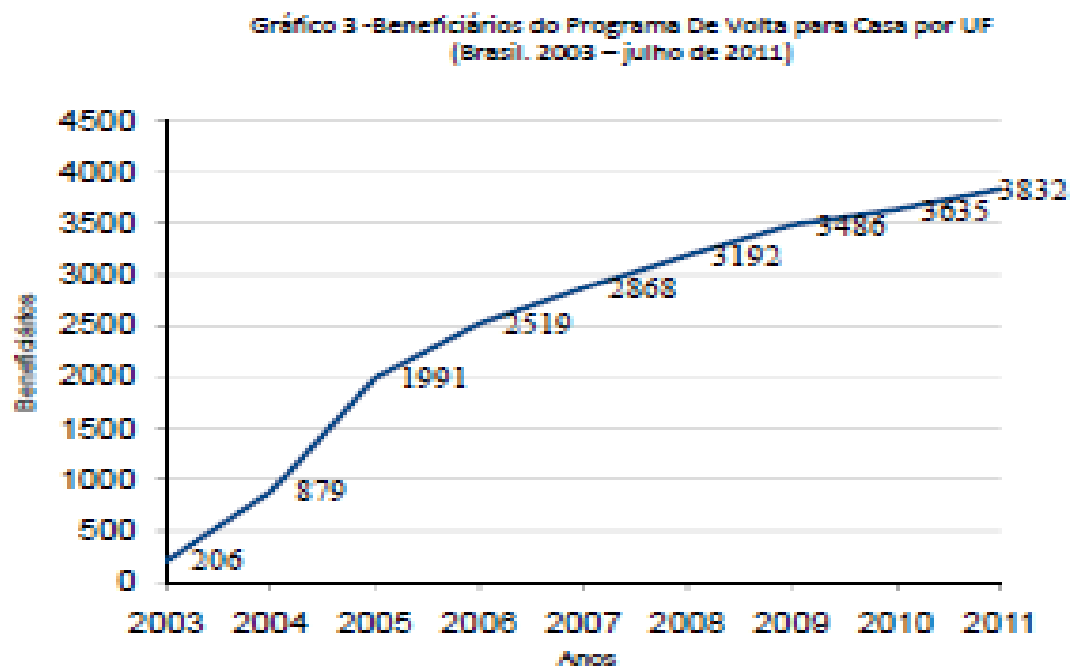
O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. A cobertura em saúde mental no Brasil ao final de 2002, quando existiam 424 CAPS, era de 21%. Em julho de 2011 temos 1650 CAPS e 68% de cobertura.

Gráfico 2: Residências Terapêuticas por ano. Brasil (2002 – julho de 2011)



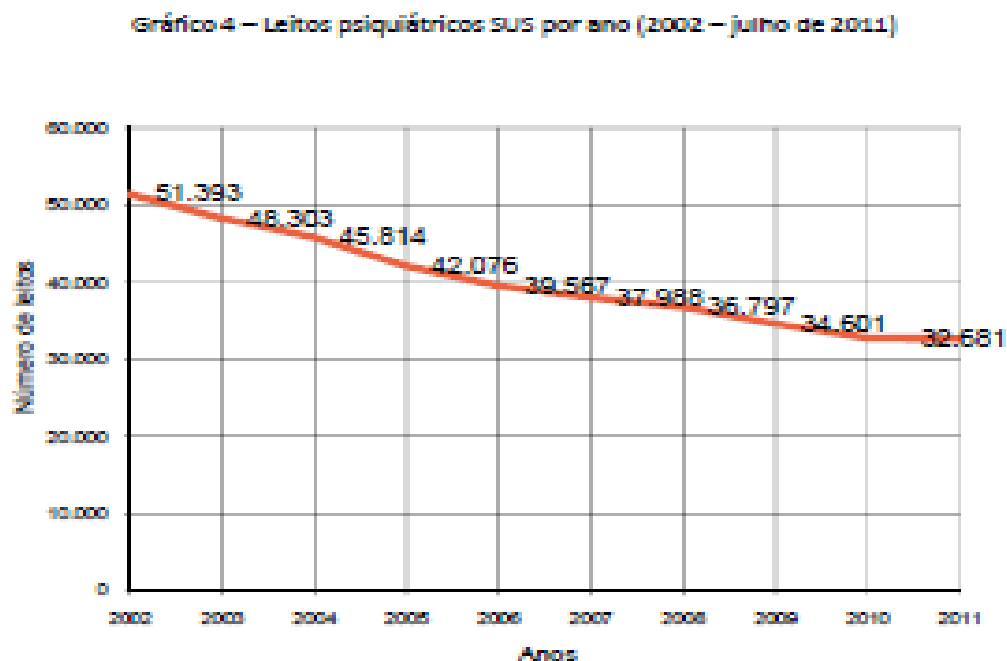
Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Gráfico 3: Beneficiários do Programa De Volta para Casa por UF (Brasil, 2003 – julho de 2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS/Datasus

Gráfico 4: Leitos psiquiátricos SUS por ano (2002 – julho de 2011)



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS/Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/ONES e Coordenações Estaduais.

Atualmente o Brasil convive com o desafio complexo e cheio de contradições com o fato do sistema de saúde brasileiro ainda financiar, na verdade, dois modelos de assistência em saúde mental, ou seja, de um lado estão os hospitais psiquiátricos, com um total de 38.842 leitos, em 2006 e, de outro, os serviços territoriais, em processo de expansão, entretanto ainda insuficientes em relação à demanda.¹⁹ Além disto, a exemplo da saúde mental na Atenção Básica, ainda persistem desafios como a ampliação e qualificação de leitos em hospitais gerais e melhor articulação entre urgência, emergência e regulação de leitos psiquiátricos, em municípios de grande porte.¹⁹

Ainda que sejam unânimes a metodologia de redes de cuidados, as temáticas da inclusão social pelo trabalho com ênfase na economia solidária, o debate cultural acerca do estigma e o reconhecimento da importância do papel dos meios de comunicação nas experiências de desinstitucionalização pelo Brasil, para avaliar o ritmo destas transformações é preciso considerar o processo histórico em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo-federal, estadual e municipal.¹⁹

Ainda que se verifiquem desafios, os avanços positivos da reforma psiquiátrica sobrepõem-se às limitações. A história aponta para a necessidade de efetividade das ações de reabilitação psicossocial e na desmistificação da loucura na sociedade. Por se tratar de um meio para conhecer os beneficiários de um programa de reabilitação psicossocial, em uma realidade específica, acredita-se que esse estudo constitui-se em uma contribuição histórica, no sentido de atualizar o debate sobre as estratégias de desinstitucionalização mineira e brasileira.

A seguir uma breve pontuação da reforma psiquiátrica em Belo Horizonte e especificamente em Minas Gerais, um dos estados que configuram-se com grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos psiquiátricos.

- A Reforma Psiquiátrica em Minas Gerais

Segundo Goulart e Durães,²⁴ no início dos anos 80, a tônica da reforma psiquiátrica de Minas Gerais era a reformulação do modelo de assistência hospitalar, destacando-se o modelo de Comunidades Terapêuticas, uma grande mobilização de esforços na consolidação de modelos ambulatoriais orientados pela Psicologia Comunitária e pela Clínica Psicanalítica que não dialogavam entre si .

Para Abou-yd e colaboradores,²⁵

a experiência de Belo Horizonte expressa não apenas os conflitos que se restringem a posições político partidárias e, tampouco, os que reduzem a embates de interesses econômicos que envolvem segmentos sociais diretamente favorecidos pelo modelo hospitalar, mas também e principalmente os conflitos impostos pelo desafio de se construir novas ideias sobre a loucura.

Os princípios que nortearam o processo de desinstitucionalização em Minas Gerais foram pautados na transposição da lógica de exclusão para práticas que visassem a inclusão social. Este processo compromete-se na construção de uma rede de dispositivos no plano da política, do trabalho, da cultura, da contratualidade, da sociabilidade e pelo caráter radical substitutivo aos manicômios.²⁶

Orientada por diretrizes que assegurassem a universalidade dos serviços ofertados, a equidade, atenção integral generalizada, abrangência, acolhimento, humanização, responsabilização, trabalho em equipe e a intersectorialidade, a Política de

Saúde de Belo Horizonte, formulada no ano de 1992, teve por objetivo a reorganização da rede de saúde mental, com serviços substitutivos públicos, abertos, regionalizados.²⁶

A articulação junto à Atenção Primária de Saúde é uma marca da saúde mental de Belo Horizonte e esta é realizada através do que é chamado matriciamento. Essa diretriz é norteada pela noção de território e busca, sobretudo o reconhecimento dos aspectos psicossociais do adoecimento, do cuidado e da inserção sócio territorial das pessoas com transtornos mentais. A integração da política de Saúde Mental do município com a estratégia da Atenção Básica do PSF veio fortalecer a estratégia iniciada em Belo Horizonte em 1993 de ampliar a oferta de equipamentos e serviços substitutivos.²⁶

Em síntese, a política de Saúde Mental de Belo Horizonte garante uma nova condição de pessoa ao portador de transtorno mental inserido-o no plano dos direitos sociais garantindo-lhe a cidadania possível.

A seguir serão destacados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa De volta para casa, pela sua interligação, a qual interessa diretamente ao presente estudo.

VI- O PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA (PVC) E OS SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

O Programa De volta para casa (PVC) faz parte do tripé indispensável para a efetivação da desinstitucionalização, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos e com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência.¹⁹

Inserir-se no contexto do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira no sentido de contribuir para a redução progressiva de leitos psiquiátricos e de expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar.

Segundo Campos,²⁷ o PVC foi incluído no Plano Plurianual de 2000 a 2003 e apresenta sustentação legal e financeira, apoiada na garantia de direitos sociais, em especial, da cidadania.

O PVC foi proposto pelo Ministério da Saúde por meio da lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003, regulamentado pela Portaria nº 2077 de 31 de outubro de 2003 e amparado, também, na lei nº 10216/2011, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.²³

Consiste no pagamento mensal do auxílio-reabilitação psicossocial no valor de 340,00, durante um ano, podendo ser renovado. Em caso de incapacidade do usuário para exercer pessoalmente atos da vida civil, o auxílio poderá ser entregue ao seu representante legal. Além desse auxílio, o usuário pode receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).²³

O PVC está articulado à rede municipal de assistência, sendo que a participação do município ocorre mediante uma série de procedimentos que vão desde adesão, habilitação e inclusão.²³

Segundo Campos²⁷

Após a realização da habilitação e adesão, o município pode cadastrar usuários nas condições de egressos de internação psiquiátrica durante período igual ou superior a dois anos, moradores de residências terapêuticas ou com a família de origem, família substituta ou outras formas alternativas de moradia e de convívio social, além de egressos de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme decisão judicial e avaliação da equipe local. Os beneficiários devem ser

cadastrados pelo município de residência, o qual deve responsabilizar-se pelo seu acompanhamento na rede de atenção à saúde mental.

Para efeitos de avaliação do programa, o Ministério da Saúde instituiu uma Comissão de Acompanhamento do PVC, por meio da Portaria nº 2078 de 31 de outubro de 2003, composta por representantes de várias instâncias do SUS. Uma das atribuições desta Comissão é acompanhar e assessorar a implantação do Programa. Na Lei nº 10708/2003, que regulamenta o programa, o Ministério da Saúde estabelece ainda a constituição de outra Comissão de Acompanhamento, no âmbito estadual, com a função de emitir parecer sobre exclusão do Programa e renovação do auxílio, bem como outras ações necessárias ao acompanhamento. Além disto, o controle social e a fiscalização da execução do programa são realizados pelas instâncias do SUS.²⁷ Em Minas Gerais, segundo informações da gestão municipal do programa, não estão ativas as comissões de acompanhamento estadual e municipal.²³

Segundo Campos,²⁷ o Ministério da Saúde considera este programa como uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Esta autora ressalta, ainda, o entendimento do Ministério da Saúde acerca do PVC que pode ser entendido como um dos principais mecanismos no processo de reabilitação psicossocial, na medida em que intervém, de forma significativa, no poder de contratualidade social dos beneficiários, possibilitando o aumento de sua autonomia.

Embora tenha esta legitimidade, o PVC enfrenta algumas dificuldades, uma delas que diz respeito ao fato da maioria dos egressos não possuir documentação pessoal mínima (certidão de nascimento ou carteira de identidade) para o cadastramento. O longo e secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implicam muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania. Este desafio vem

sendo enfrentado através da parceria entre o Ministério da Saúde, a procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal e a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, para restituir o direito fundamental de identificação e garantir o direito destas pessoas ao auxílio-reabilitação do PVC.²⁷

No Brasil existem 447 municípios habilitados nesse Programa e um total, até agosto de 2007, de 2741 beneficiários. No entanto, a estimativa era expandir até 14 mil pessoas, no período de 2004 a 2007, mas esta meta não foi alcançada devido às dificuldades e resistências para a implementação no plano local e ao não cumprimento, por parte do Governo Federal, de diretrizes políticas de campanha no sentido de reverter o modelo econômico e social em vigência no país e aumentar o investimento em políticas sociais.²⁷

Por fim, o PVC prevê o acompanhamento dos beneficiários por uma equipe de saúde nos municípios, da qual deverá fazer parte pelo menos um profissional de saúde mental, com formação superior. A orientação é de que haja um profissional para cada 15 beneficiários e que as ações dessa equipe tenham, como base, a proposta de Reabilitação Psicossocial.²³

E nesta temática da desinstitucionalização, busca-se demarcar o PVC, historicamente, como uma possibilidade exitosa, não de *desassistência* e de *desospitalização*, mas de viabilidade concreta da construção de respostas efetivas para a inclusão social de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos. No dia-a-dia dos beneficiários na cidade, a história vai sendo (re) contada, por eles e com eles, e novos capítulos das histórias de vida pessoais vão sendo criados e agregados à “nova” grande história da loucura.

Espera-se alinhar o PVC ao conjunto de ações de desinstitucionalização que tem como princípio a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em

sua racionalidade causa-efeito, voltado para a invenção da realidade como processo histórico.²⁸

O PVC é amparado pelas Portarias nº 106 e nº 1220, as quais criaram, em 2000, os SRTs,¹⁹ como iniciativas para desinstitucionalização e instrumentos para as políticas de saúde mental, com o objetivo de superação das instituições psiquiátricas e das internações de longa duração. A seguir algumas considerações importantes acerca dos SRT que contribuem para a reflexão da temática proposta por este estudo.

- Panorama internacional dos dispositivos residenciais e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) no Brasil

Segundo Vidal,²⁹ entre as questões cruciais no processo de desinstitucionalização dos pacientes graves de longa permanência hospitalar ou não, encontram-se os dispositivos residenciais na comunidade. Em países como os Estados Unidos, Itália, Alemanha, Holanda, Inglaterra a necessidade de moradias assistidas em maior ou menor grau, foram crescentes a partir da década de 80.

Não existe uma tipologia que classifique internacionalmente os dispositivos residenciais. São diversos os objetivos bem como as nomenclaturas dos dispositivos. De *Group Home* que se caracteriza por uma acomodação grupal sem presença de equipe ao *supported housing* caracterizado como moradias com suporte associado, os dispositivos residenciais visam substituir os hospitais de longa permanência.²⁸

Ainda segundo Vidal,²⁸ a problemática da avaliação dos dispositivos residenciais existe sendo uma das razões para poucas pesquisas a associação do tema à área social. Mas apesar da escassez de estudos, Vidal²⁸ aponta que Harkness e associados analisaram trabalhos sobre o impacto de algumas variáveis relacionadas

com moradias, em pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, e foi detectado que apesar

da ausência de uma base empírica sólida, existe uma sugestão na literatura que pacientes com distúrbios mentais reagem favoravelmente em dispositivos menores. Isto poderia ser explicado pelo fato de ambientes menores serem mais favoráveis ao desenvolvimento de autonomia e serem menos ameaçadores.

Segundo Silva,³⁰ no Brasil os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgiram no início dos anos 90 como resposta ao que fazer com os pacientes de longa permanência que se acumulavam nos hospitais psiquiátricos. A primeira estratégia surgiu na forma de lares abrigados durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Os SRT's são parte da rede de suporte que foi construída na comunidade, para o acolhimento de pacientes com longa história de internação psiquiátrica e que passaram pelo processo de desinstitucionalização, a partir da virada do século.

No entanto, a sua regulamentação ocorreu em 2000 com a publicação pelo Ministério da Saúde, das portarias 106 e 1220. Por definição na Portaria, os SRT's são moradias destinadas a portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua inserção social.¹⁹

O número máximo de pacientes por dispositivo é de oito, com no máximo três por dormitório. A moradia deve dispor de sala de estar, móveis adequados e um mínimo de três refeições diárias. Classificam-se em SRT do tipo I e tipo II. O SRT tipo I deverá contar com, no máximo, oito moradores que passaram por um processo de internação de longa permanência e que não possuam vínculos familiares e sociais. As unidades poderão contar com um cuidador de referência e com o apoio de um serviço de saúde mental de referência que acompanharão os moradores nos processos de reabilitação psicossocial e

inserção na rede social existente. O SRT tipo II é voltado para idosos e pessoas com limitações físicas e possuem cobertura assistencial 24h do dia.¹⁹

Como parte do processo de adesão aos SRT`s, aspectos clínicos e sociais são considerados e sistematizados na forma de um projeto singular de inserção social na comunidade.

Até janeiro de 2005 haviam sido implantados 301 SRT em nove Estados, sendo que quatro (Bahia, Paraíba, Alagoas e Santa Catarina), com um número significativo de leitos psiquiátricos (mais de 800) não haviam implantado nenhum serviço.¹⁹

Segundo Furtado,³¹ existe uma clientela potencial para novos SRT`s em torno de 13.500 moradores. Para atender esta clientela, considerando as especificidades de cada caso quanto ao número de moradores por residência, a demanda seria de aproximadamente 2250 novas moradias. Considerando as já existentes seria necessário um total aproximado de 2522 SRT`s. Existem hoje 10,8% dos SRT`s necessários para contemplar todos os moradores dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Da totalidade dos pacientes crônicos, 30% necessitam de SRT para deixar o hospital. Em Minas Gerais o percentual necessário atingido é de 12,8%.³¹

Ainda segundo Furtado,³¹ há um extenso caminho a ser percorrido para o alcance da saída de todos os moradores de hospitais psiquiátricos, se levado em conta que a média nacional de SRT`s implantados é de 10,8% do total necessário.

VII) PERSPECTIVAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Vidal, Bandeira e Gontijo¹ ressaltam a importância das abordagens de reabilitação psicossocial nas propostas de atendimento comunitário. Segundo estes autores, o termo se refere ao conjunto de intervenções sociais, educacionais,

ocupacionais, comportamentais e cognitivas que são utilizadas para melhorar o desempenho dos pacientes e facilitar sua reinserção social. Constituem-se atividades que objetivam o desenvolvimento de uma série de habilidades relacionadas às atividades de vida diária, o funcionamento social, o relacionamento com familiares e amigos, o trabalho, a educação, o lazer.

Segundo Lima e Brasil,³² existem divergências na utilização dos termos reinserção, inserção, atenção, reabilitação, reintegração que não se equivalem, havendo inclusive uma diferença de posição teórico-ideológica no que se refere a seus usos. Este estudo não se propõe alongar no debate quanto a estas diferenças.

Para Hirdes,³³ o modelo anglo-saxão de reabilitação vocacional (*vocational rehabilitation*) é pragmático e distante da realidade brasileira. E juntamente com o modelo francês de readaptação (*readaptation*) representam modelos em que o objetivo é o da normalização dos desabilitados através dos confrontos com o mercado de trabalho.

Ainda para a mesma autora, a reabilitação no Brasil e em outras partes da América Latina teve o foco no trabalho desempregado e, sobretudo, na construção e na restituição dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. As práticas desenvolvidas superam a produção científica na área.³³

Esta perspectiva de reabilitação pelo e para o trabalho no sentido de normalização dos pacientes psiquiátricos através de confrontos com o mercado de trabalho é questionada por Hirdes³³

um dos desafios neste campo diz respeito, sim, à inserção no mercado de trabalho formal em razão da competitividade muito mais pela soberania do modelo econômico vigente que tem seus padrões rígidos de exigências do que pela incapacidade suposta dos trabalhadores doentes.

Ainda quanto a esta perspectiva de reabilitação psicossocial pelo trabalho, Hirdes³³ alerta para o tanto que a modernidade exclui um contingente cada vez maior, expondo a precariedade de laços, as vulnerabilidades, a segregação, a exclusão. Denuncia que as formas de inclusão social pelo trabalho não são e não estão disponíveis e nem flexíveis para as diferentes necessidades individuais e coletivas dos homens. Existe uma inversão de valores humanos e éticos na qual a reabilitação psicossocial teria o objetivo de produzir força de trabalho num mercado cada vez mais competitivo.

A autora traz uma discussão importante para a temática deste estudo no sentido de apontar que uma das conquistas importantes do final do século, segundo Demo foi o reconhecimento de cidadania como parte fundamental do desenvolvimento. Neste sentido, ao mercado ficaria a função de meio. Isto significa que economia seria um meio e a cidadania um fim. As atividades voltadas a trabalho na reabilitação psicossocial seriam meio de conquista de promoção de cidadanias possíveis. E esta possibilidade ou dimensão do trabalho como promotor de cidadania acontece através da constituição de ações, estratégias de promoção de autonomia.

Autonomia aqui é entendida como algo na base do processo de reabilitação psicossocial e não apenas como meio ou fim em si mesma. Quando se trata de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes é preciso renunciar às comparações e exigências de eficácia e desempenho e levar em conta as novas possibilidades presentes a partir de outro modo de subjetivação, incluindo a participação em graus variados de atividades e a expressão de múltiplas e distintas subjetividades. O conceito de autonomia aqui está atrelado ao de liberdade.³²

Rodrigues³⁴ relata que a *Association of Psychosocial Rehabilitation Services* acredita que reabilitar seria o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restaurar, no melhor nível possível de autonomia o exercício de suas funções na

comunidade, enfatizando as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.

Ainda segundo Rodrigues,³⁴ a Organização Mundial de Saúde (OMS) traz a reabilitação psicossocial como um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. Estudos epidemiológicos realizados pela própria Organização Mundial de Saúde demonstram, segundo esta mesma autora, que o discurso das psicoses está fortemente relacionado à variáveis do contexto, quer antes do episódio da doença ou durante a mesma, necessitando estratégias de ações voltadas para estas variáveis, que constituem os fatores de risco ou proteção, na reabilitação dos sujeitos.

Para Pitta,³⁵ a reabilitação psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que é desenvolvido para facilitar a vida de pessoas com transtornos severos e persistentes e implica numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica viabilizando o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade.

Para Kantorski³⁶ no contexto atual de transformação das práticas psiquiátricas a reabilitação psicossocial redefine-se como um saber fazer que nos permite considerar o transtorno psíquico como mais um dado na história de um sujeito, ou seja, um sujeito que vive em determinado território, que estabelece relações sociais, que faz parte de uma determinada família e que é portador de um transtorno severo e persistente que tem repercussões em diferentes aspectos de sua vida.

Hirdes³³ pontua a percepção de Rotelli no que tange às novas instituições que surgem a partir dos projetos de desinstitucionalização. A idéia central reside na ruptura da causalidade linear doença-cura, problema-solução e na reconstrução do objeto enquanto sujeito histórico. Nesta referência, Rotelli ressalta que as novas instituições ou programas deverão estar à altura da complexidade da tarefa de intervir na sua existência-sofrimento, remetendo ao processo da constante reconstrução desse sujeito. Ainda segundo Hirdes,³³ nestes novos serviços ou programas, a “Cultura de Avaliação” é que contribuiria para que as ações não se percam em linguagens, em saberes, em práticas ou modelos que não são bem aquilo a que se propõe. A única forma, segundo esta autora, que se tem para controlar este risco é a preocupação com a qualidade.

Neste sentido este estudo visa contribuir para um aspecto da avaliação do PVC, que se refere ao seu potencial “reabilitador” e possibilitador de autonomia, bem como ao seu potencial viabilizador de reconstrução de sujeitos histórico, para que não se esqueçam do real objetivo do programa.

Para Saraceno⁷ há que se atentar para o real sentido dado a estas atividades- distração, treinamento, adestramento, entretenimento. O que é defendido neste estudo é o sentido de desenvolvimento de emancipação e protagonismo do sujeito encontrado na perspectiva de SARACENO.

No que se refere à perspectiva de **reabilitação psicossocial proposta por este autor**, a mesma pode contribuir decisivamente para a efetivação de ações que garantam o protagonismo dos sujeitos em suas vidas na comunidade, um maior empoderamento dos mesmos e uma conseqüente redução do estigma. Isto por que, para Saraceno⁷

não são técnicas de reabilitação que operam este efeito, dando os melhores resultados, mas sim que as variáveis que determinam os resultados estão em dois grandes extremos: micro e macro. Os fatores macro estão relacionados com a política de saúde mental, ou seja, a maneira como o serviço está organizado, sua articulação com serviços na comunidade. Os fatores micro estão relacionados às relações desses

usuários com as pessoas, sejam familiares ou profissionais dos serviços, ou seja, ao suporte familiar e social e a satisfação dos usuários com o funcionamento do serviço.

No presente estudo entende-se que os fatores macro capazes de alcançar os desafios de empoderamento dos sujeitos e redução do estigma seriam os condizentes com uma política de promoção de saúde, estando implícita a articulação entre saúde e saúde mental para o enfrentamento da complexidade desta questão. Os fatores micro seriam potencializados pela dimensão social e comunitária da rede do sujeito, sendo mais promotora de saúde aquela rede com mais possibilidades de trocas sociais e conseqüentemente mais possibilidades de experimentação e desenvolvimento de autonomia.

O estudo não almeja resposta para toda esta problemática por que as saídas possíveis para uma verdadeira reabilitação psicossocial são construídas e inventadas no dia-a-dia cotidiano da vida de cada um. Como um primeiro passo para essa prática de invenções, o conhecimento desses sujeitos quanto aos níveis de autonomia e comportamento social redimensionaria o trabalho de reabilitação psicossocial à luz das potencialidades dos sujeitos viabilizando-os serem (re) conhecidos de outra forma pela sociedade. Além disto, contribuirá no sentido de garantir que esta invenção aconteça a partir das reais necessidades e perfis dos sujeitos, garantindo-lhes o princípio da subjetividade e respeito às diferenças de um lado e garantindo à política ações efetivo-eficazes.

Propõe-se o entendimento de saúde como algo próprio do sujeito que deve ser capaz de geri-la com autonomia e empoderamento. O reconhecimento dos beneficiários do PVC quanto a estes aspectos-chave para a conquista de autonomia e desenvolvimento de empoderamento, é o primeiro passo para a legitimação dos princípios de promoção de saúde presentes também na reabilitação psicossocial

proposta pelo referido programa. Além disso, ao se caracterizar os sujeitos quanto à autonomia e ao comportamento social pode-se, de certa forma, mensurar ou vislumbrar o potencial para trocas sociais e contratualidade a ser investido.

É exatamente neste sentido de trocas sociais, que se procuraram duas escalas que medem as “habilidades de vida independente” e “comportamento social” para caracterizar os beneficiários do PVC em sua autonomia, após longo período de internação. Entende-se que quanto maiores as possibilidades de experimentação do cotidiano e da vida prática, maior experimentação e possibilidades de desenvolvimento de habilidades de vida independente e menores os problemas no funcionamento social. Maiores, também, as possibilidades de se efetivarem trocas sociais e maior o empoderamento e a capacidade de auto-gestão da saúde, num exercício mesmo de promoção de saúde. No entanto, esta promoção e conquistas não aconteceriam de forma crescente, ascendente. Trata-se de um processo dialético, cheio de tensões, com ganhos mas também perdas e é nesta fronteira de ganhos e perdas, de habilidades e desabilidades, convivendo juntos é que pode acontecer o real exercício da auto-gestão e promoção da saúde.

Para Saraceno⁷ a reabilitação precisa estar em evidência devido à complexidade epistemológica contemporânea sobre a loucura e o ser louco. Para este autor, não existem as “des-habilidades” nem habilidades “em si mesmas”, ou seja, descontextualizadas dos complexos conjuntos de determinantes constituídos pelos lugares onde se dão as intervenções, pelas organizações dos serviços, pelas interações com as estruturas sanitárias e sociais de um território. A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”.

Neste sentido, segundo Saraceno, a reabilitação é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica de negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes.⁷

Ainda segundo Saraceno², cada um tem um poder de aquisição no mundo, onde às vezes somos mais hábeis ou menos hábeis, mais habilitados ou menos habilitados, mas que também há a desabilidade por falta de poder contratual, sendo este o modelo de referência para a reabilitação. Neste modelo a autonomia seria a capacidade contratual e procura definir os eixos sobre os quais se constrói o aumento da capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos: o morar, as identidades, a produção de trocas.

Por fim, o grande desafio imposto para a perspectiva emancipatória de reabilitação psicossocial deverá ser travado com a sociedade. Esta perspectiva necessita de múltiplas estratégias para o enfrentamento da relação loucura e cidadania, loucura e mercado de trabalho, loucura e laços sociais, loucura e potencialidades. Há que reconstruir uma sociedade não “reabilitadora” no sentido de fortalecer os fracos ou de consertar os “errados”, mas que inclua, acolha, estabeleça valores humanos pautados na ética com os mais frágeis e o cabimento das diferenças.

A reforma psiquiátrica introduziu, em sua dimensão de reabilitação psicossocial, a noção de cidadania e autonomia dos portadores de transtornos mentais e a partir deste compromisso, então, deverá buscar a garantia da conquista destas dimensões por sujeitos históricos que possam intervir e mudar a realidade.³³ Avaliar autonomia, neste sentido, seria, dentre outros, avaliar a historicidade dos sujeitos, o tanto que estão intervindo e mudando a realidade.

É necessário apreender a complexidade da reabilitação psicossocial entendida como um processo e não como um amontoado de técnicas. Existem vários eixos de entendimento, abordagem e intervenções: casa, família, trabalho, rede social.³³

Apostar nas pessoas, acreditar na potencialidade dos portadores de transtornos mentais é ponto de partida para a cidadania almejada. Cada um em sua especificidade e potencialidade construirá e gerirá sua reabilitação psicossocial, a partir de oportunidades de expressão e esta construção poderá se dar em diferentes âmbitos, desde o trabalho formal até à gestão de atividades de auto-cuidado, do cotidiano.

Conforme Saraceno⁷

Torna-se, assim, importante conceder crédito às pessoas, a fim de que a sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de que o verdadeiro problema é o de fazer com que consigam se tornar empreendedores com respeito a si mesmos.

VIII- EVIDÊNCIAS

Panorama geral do debate científico

No Brasil, dentre os principais desafios para a Reforma está, sem dúvida, o debate científico.

Desde o início do debate nacional sobre a nova lei da reforma psiquiátrica, a partir de 1989, instalou-se um importante debate sobre a mudança do modelo assistencial nas universidades, nos serviços, nos congressos científicos, na imprensa corporativa.¹⁹

A rede de cuidados que foi sendo criada para o enfrentamento da lógica manicomial sofreu duros ataques no ambiente acadêmico quanto à qualidade do

trabalho. As famílias, inicialmente desacreditadas pela “destituição” da figura do médico no novo modelo, cederam e tornaram-se parceiras na nova forma de tratamento. A reforma trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental o tema da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade de atenção para toda a população. A produção científica brasileira na abordagem dos temas da psiquiatria/saúde mental e no campo da saúde pública ainda é muito restrita.¹⁹

Com o tempo, os desafios de formação dos profissionais são enfrentados na forma de programas de residências médicas, residências multi-profissionais, cursos de especialização e a política pública começa a agregar valor ao ensino e pesquisa.¹⁹

No que tange a pesquisa, o Ministério da Saúde associou-se ao CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, realizando ampla convocação, através de edital de pesquisa,¹⁹

para que centros brasileiros de alto nível acadêmico tomassem a si a tarefa de produzir análises sobre os novos serviços e novo modelo de atenção. Constituiu-se uma significativa linha de financiamento com o objetivo de buscar atravessar este fosso profundo que parece separar o debate científico da psiquiatria no país. De todo modo, os desafios da saúde pública, colocados na agenda da psiquiatria e da saúde mental pelo processo de reforma psiquiátrica, tornam-se hoje um tema irrecusável para as instituições de formação e de pesquisa no Brasil.

Além das dificuldades no desenvolvimento de pesquisas existem as limitações dos estudos existentes. O deslocamento do atendimento aos doentes mentais em unidades menores na comunidade foi promovido por agentes sociais, como acontece geralmente nas mudanças sociais. Isto reflete que a razão deste movimento estava longe de preocupações com a eficácia de tratamentos, mas se relacionava mais com questões de ordem econômica ou política. Somente a posteriori, pesquisas foram realizadas com o objetivo de avaliar a eficácia relativa destas duas formas de tratamento.¹⁷

Os resultados têm apontado evidências da importância da integração da saúde mental à Atenção Primária, visto que os “novos” moradores” serão os usuários da rede pública de saúde e da necessidade de redução da iniquidade na realocação de recursos para sustentabilidade dos dispositivos na comunidade.²⁰

Panorama geral das evidências no que se refere ao PVC e aos SRT`s

Segundo Lima e Brasil,³² não existem muitas produções científicas acerca do PVC e seu impacto e a importância dada ao PVC pelos profissionais ainda é baixa. Por outro lado, existe um consenso de que a desinstitucionalização é o caminho para o resgate da cidadania e conquista de autonomia das pessoas com transtornos mentais.³²

Furtado³¹ aponta que a temática de estudos quanto aos SRT`s propriamente ditos envolve a discussão não apenas da implantação dos mesmos mas também da relevância desta implantação no cotidiano de vida dos usuários na cidade.

Lima e Brasil³² chamam a atenção para a necessidade, apontada por Furtado,³¹ de se “avaliar o modo como as pessoas com sofrimento mental, moradores ou não de SRT`s, constituem suas habitações e inserção social a partir dos elementos estruturais da moradia”.

Ainda segundo Lima e Brasil,³² o desafio está na forma como essas ações devem ser promovidas. A literatura atual acerca da desinstitucionalização tende a repetir as concepções teóricas dos autores clássicos da área, sendo necessário um maior número de produções que apontem para o cotidiano minucioso de tais práticas, seus limites e desafios, e o modo como se deve manejá-las.

Considerando a tendência crescente de abertura de novos SRT`s, Vidal²⁹ aponta a necessidade da realização de pesquisas para avaliá-los em seus eixos de habitar e

moradia, tanto em termos de satisfação dos usuários e dos profissionais envolvidos quanto do impacto dessas ações na comunidade.

Ainda segundo Vidal,²⁹ a utilização de instrumentos padronizados facilita a avaliação das áreas deficitárias e das necessidades dos pacientes e auxilia o planejamento das intervenções. Favorece ainda o monitoramento dos efeitos desses programas na vida dos pacientes e permite acompanhar sua evolução na comunidade.

As escalas de avaliação utilizadas neste estudo, a *Independent Living Skills Survey* (ILSS) e a *Social Behaviour Scale* (SBS) representam importantes instrumentos para avaliação de programas relacionados à reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais.²⁹ Embora não seja objetivo desse estudo avaliar o PVC, espera-se contribuir para seu realinhamento.

Panorama das evidências em experiências de vida em comunidade

Silva³⁰ salienta que estudos internacionais apontam a escassez e as dificuldades metodológicas das pesquisas que medem os resultados de ações de cuidado extra-hospitalar e as questões envolvidas têm a ver com o escasso tempo de seguimento, a seleção de amostras pequenas e heterogêneas, a adoção de medidas inconsistentes e imprecisas e a não-utilização de medidas amplas de resultados que incluam os aspectos clínicos, sociais, econômicos e de utilização dos serviços.

Segundo Vidal,²⁹ estudos realizados em vários países demonstram que pacientes desospitalizados podem ser mantidos na comunidade, a autonomia e o desempenho geral dos pacientes podem ser melhorados, pacientes estão mais satisfeitos morando na comunidade.

Bandeira, Gelinas e Lesage¹⁸ apontam fatores importantes que podem prejudicar o processo de reinserção dos pacientes e que são muito pertinentes, a saber: a falta de intensivo acompanhamento dos pacientes, os recursos insuficientes, a carência de serviços, a falta de integração entre os serviços, a interrupção da medicação, o déficit de habilidades sociais e cotidianas, a falta de centros ocupacionais adequados.

Por fim, uma evidência importante à realidade do contexto na qual o presente estudo se insere, é a trazida por Vidal²⁹ no que se refere à importância do planejamento dos serviços. Segundo este autor, trata-se de um aspecto preponderante sendo que serviços mal organizados e sem planejamento falham na correspondência às necessidades e expectativas dos pacientes.

Panorama das evidências trazidas por estudos brasileiros sobre habilidades de vida independente e comportamento social

Serão descritas as evidências apontadas por cinco estudos brasileiros^{37, 38,30,29,39} que se propuseram a avaliar as habilidades de vida diária e as limitações no comportamento social de pacientes desinstitucionalizados, com utilização das escalas ILSS e SBS, a fim de que se possa nortear a análise dos resultados do presente estudo, visto que aconteceram em realidades e contextos bem afins. Foi feita uma tentativa não de comparação, mas de uma aproximação entre os resultados dos estudos para fins de enriquecimento da discussão.

Como forma de contribuir para um melhor entendimento dos estudos, apresenta-se abaixo uma breve descrição das escalas ILSS e SBS:

A escala ILSS foi adaptada e validada para o Brasil por Lima, Bandeira e Gonçalves,³ a partir da escala original *Independent Living Skills Survey*, elaborada por Wallace em 1986 (46). Proporciona uma avaliação das habilidades de vida independente de pacientes psiquiátricos com distúrbios severos e persistentes.

Possui duas versões. Uma para auto-resposta dos pacientes e outra que é aplicada em familiares ou outras pessoas significantes para a vida da pessoa. No caso do paciente estar em programa residencial, o informante pode ser um membro da equipe assistencial. No presente estudo, os informantes foram os cuidadores e os estagiários que participam diretamente do cotidiano dos beneficiários.

Esta escala possui 86 itens que avaliam a autonomia de pacientes crônicos em nove áreas da vida cotidiana, em termos de frequência em que eles apresentam as habilidades básicas para funcionar de forma independente na comunidade. Estas áreas são: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento de alimentos, saúde, lazer, administração do dinheiro, transporte e emprego. Os escores variam de zero a quatro. A pontuação zero significa o grau mais baixo de autonomia e a pontuação quatro, o mais elevado. O estudo de validação da versão brasileira apontou qualidades psicométricas de validade e de confiabilidade satisfatórias no que se refere à consistência interna das suas sub-escalas, estabilidade temporal teste-reteste, assim como validade discriminante e validade de construto.³

A escala encontra-se no ANEXO C.

A escala SBS é a versão brasileira validada por Lima,³ a partir da escala original *Social Behavior Schedule*, elaborada por Wykes e Sturt em 1986 (47). Foi traduzida para o português por Caetano, em estudo de confiabilidade realizado em 1999. A SBS possui 21 itens que avaliam as limitações do comportamento social de pacientes de longa permanência, tanto em hospitais psiquiátricos quanto em serviços residenciais na

comunidade, com escores variando de zero (ausência de problema) a quatro (problema severo). O item 10 não foi incluído em categoria nenhuma por ter alcançado valor abaixo do estabelecido pelos referidos autores na análise fatorial.

A validação da versão brasileira foi realizada em 2003 e apresentou qualidades psicométricas de validade e confiabilidade satisfatórias no que se refere à consistência interna dos seus 21 itens.³

Além do perfil da descrição de comportamento individual, outro método de pontuação que pode ser derivado da escala e foi utilizado neste estudo é o Escore de Problemas Moderados e Graves (*Mild and Severe Behaviour Problems Score* – BSM), onde os escores 0 e 1 representam ausência de problemas, como pode ser observado abaixo:

Método de pontuação BSM:

0 ou 1 = 0 (distúrbio de comportamento leve (1) ou inexistente (0))

2, 3 ou 4 = 1 (distúrbio de comportamento moderado (2) ou severo (3,4))

Logo, a soma dos itens que receberam pontuação 1 de cada pessoa determina o seu BSM total e a média da soma dos pontos de todos os sujeitos fornece o BSM global da amostra. Quanto mais próximo de 21, mais problemas em relação ao comportamento social.

A escala encontra-se no ANEXO D.

Retornando à descrição dos estudos, quatro destes cinco estudos^{37, 38,30,39} fazem parte de uma mega pesquisa – “Avaliação e Seguimento de um Processo de Reforma Psiquiátrica em População de Longa permanência” que envolveu todos os pacientes do Instituto Municipal Juliano Moreira/RJ e o Hospital São Pedro/RS. Foi desenvolvida

pelo Núcleo de Pesquisa do Instituto Juliano Moreira, com apoio do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde e com consultoria do professor Manoel Desvial do Instituto Psiquiátrico José Germain da Comunidade de Madri.

O estudo de Vidal et al⁴⁰ teve como objetivo avaliar o comportamento social e as habilidades de vida independente de um grupo de pacientes psiquiátricos antes de sua saída do hospital (fase 1) e dois anos após sua transferência para as residências terapêuticas (fase 2). A população estudada foi de 75 pacientes crônicos de um universo de 150 pacientes a serem desospitalizados. Foi realizado em Barbacena, no estado de Minas Gerais, município com população de 125 mil habitantes. No início do estudo havia quase 1.000 pacientes internados nos cinco hospitais da cidade. Destes, cerca de 90% contavam com aproximadamente 30 anos de internação. A média de idade dos pacientes estudados era de 57,5 anos, 58,7% do sexo masculino, o tempo médio de internação psiquiátrica era de 29,8 anos. Outros dados sócio-demográficos não foram informados. Quanto aos resultados encontrados pelo SBS, a média global foi de 1,04 na fase 1 e 0,38 na fase 2. As maiores dificuldades (score 2 ou mais), foram encontradas nas áreas Aparência pessoal e higiene (70% na fase 1 e 25% na fase 2), Interação (55% na fase 1 e 18% na fase 2) e Comunicação Espontânea (55% na fase 1 e 27% na fase 2). As menores dificuldades (score 0 ou 1) estavam nas áreas Comportamento destrutivo (10% na fase 1 e 5% na fase 2), Comportamento sexual inadequado (9% na fase 1 e 6% na fase 2) e Idéias suicidas (7% na fase 1 e 1% na fase 2). Quanto aos resultados encontrados pelo ILSS, a média global na fase 1 foi de 1,70 subindo para 2,29 na fase 2.

O estudo de Lima et al³⁷ teve como objetivo avaliar as limitações no comportamento social de pacientes psiquiátricos com longo tempo de internação através do instrumento SBS. A população estudada foi de 46 pacientes a partir de uma população de 200 pacientes da unidade selecionada para a pesquisa. Foi desenvolvido

na Unidade Franco da Rocha (NFR)- uma das seis unidades de moradia protegida do Instituto Municipal Juliano Moreira/RJ. A média de idade dos pacientes estudados era de 64,8 anos, sendo 53,5% de analfabetos, 69,6% de solteiros e 74% de esquizofrênicos. O tempo médio de internação psiquiátrica foi de 36,5 anos. Quanto aos resultados encontrados: a média global do SBS foi de 2,5 (BSM). As maiores dificuldades (score 2 ou mais) foram encontradas nas áreas de Iniciativa e Aparência pessoal e higiene (30,4%), Concentração (28,3%) e Inatividade (26,1%). As menores dificuldades (score 0 ou 1) estavam nas áreas de Comportamento sexual inadequado (0%), Depressão, Comportamento destrutivo, Estereotípias, Idéias suicidas e Auto-agressão, Conversa inadequada (2,2% cada uma).

O estudo de Abelha et al³⁸ teve como objetivo avaliar limitações no comportamento social, nas habilidades de vida independente e sintomatologia psiquiátrica de pacientes internados em longa permanência. A população estudada foi de 881 pacientes psiquiátricos internados em longa permanência no hospital. Desenvolveu-se no Instituto Municipal Juliano Moreira/RJ. A média de idade dos pacientes estudados era de 65 anos, sendo 61% de analfabetos e 63% com esquizofrenia. O tempo médio de internação psiquiátrica foi de 38 anos. Quanto aos resultados encontrados no que se refere às limitações no comportamento social: a média global do SBS não foi informada. As maiores dificuldades (score 2 ou mais) foram encontradas nas áreas Aparência Pessoal e higiene (50,9%) e Comunicação Espontânea (46,2%). As menores dificuldades (score 0 ou 1) foram encontradas nas áreas Violência, Comportamento sexual inadequado, Agressividade. Quanto aos resultados referentes às habilidades de vida independente, a média global do ILSS foi de 1,4, sendo que 75% apresentaram pouca habilidade de vida independente (score < 2).

O estudo de Silva³⁰ teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa de reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais severos que passaram do cuidado institucional tradicional para a atenção em ambiente comunitário, nas áreas de atividades de vida independente, limitações no comportamento social, sintomatologia psiquiátrica e qualidade de vida. A população estudada foi de 27 pacientes. A avaliação se deu em dois momentos; com os pacientes no hospital (fase 1) e com os pacientes já residindo na comunidade (fase 2). Desenvolveu-se no Centro de Reabilitação e Integração Social- CRIS- do Instituto Municipal Juliano Moreira que funciona como cuidado intermediário para a vida em comunidade extra-hospitalar. A média de idade dos pacientes estudados era de 50,95 anos, sendo 55% do sexo masculino, 78% com instrução primária e 67% com esquizofrenia. O tempo médio de internação psiquiátrica foi de 22,58 anos. Quanto aos resultados encontrados no que se refere às limitações no comportamento social, a média global do SBS na fase 1 foi de 1,78 e na fase 2 foi de 0,34. As áreas com maiores dificuldades no funcionamento social (score 2 ou mais) foram Comunicação, Incoerência no discurso, Comportamento chamativo, Hiperatividade e inquietação e Aparência pessoal e higiene. As áreas com menores dificuldades (score 0 ou 1) foram Idéias suicidas e auto-agressão, Hostilidade, Comportamento Destrutivo, Depressão e Comportamento sexual inadequado. Quanto aos resultados no que se refere às habilidades de vida independente, a média global do ILSS na fase 1 foi de 2,42, subindo para 3,09 na fase 2. As áreas de maior habilidades de vida independente foram Alimentação e Cuidados Pessoais, na fase 1 e na fase 2 as áreas de maior habilidades de vida independente foram Cuidados Pessoais e Atividades domésticas.

O estudo de Wagner et al³⁹ teve como objetivo avaliar autonomia, identificar indivíduos com possibilidades de desinternação e avaliar o impacto de

variáveis sócio-demográficas, do funcionamento social e de incapacitação físicas sobre a autonomia. A população estudada foi de 584 pacientes com internação prolongada. Desenvolveu-se no Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre/RS. A média de idade dos pacientes estudados era de 54,8 anos, sendo 54% do sexo feminino, 81% de analfabetos, 44,5% com esquizofrenia. O tempo médio de internação psiquiátrica era de 26 anos. Quanto aos resultados no que se refere às habilidades de vida independente, a média global do ILSS foi de 1,13 sendo que as áreas de maiores habilidades de vida independente foram, apresentados em médias, Alimentação (2,05), Cuidados Pessoais (1,57) e Saúde (1,51). As áreas que indicaram menores habilidades de vida independente foram Administração do dinheiro (0,56), Emprego (0,66) e Lazer (0,87). Quanto aos resultados encontrados no que se refere às limitações no comportamento social, a média global do SBS não foi informada. As áreas de maiores dificuldades (score 2 ou mais) foram Aparência Pessoal e higiene (59,2%), Comunicação (53,1%), Concentração 48,1% e Interação 46,7%). As áreas de menores dificuldades (score 0 ou 1) foram Pensamentos bizarros (2,4%), Idéias suicidas (2,6%), Comportamento sexual inadequado (7,1%) e Comportamento destrutivo (8,3%).

A maioria dos resultados corroboram as evidências de estudos internacionais que apontam que a vida em comunidade realmente contribui para melhora das habilidades de vida independente e do funcionamento social.

IX- OBJETIVO DO ESTUDO:

Caracterização do perfil dos beneficiários do PVC, munícipes de Belo Horizonte, no que se refere à autonomia e comportamento social utilizando-se as escalas *Social Behaviour Schedule* (SBS) e a *Independent Living Skills Survey* (ILSS).

X-METODOLOGIA

X. 1) TIPO DO ESTUDO:

Trata-se de estudo transversal descritivo.

X. 2) ETAPAS DO ESTUDO:

- 2009-2010: Participação nos Módulos teóricos presenciais na Universidade Nova de Lisboa-Portugal e nos Módulos à distância;
- 2010-2011: Definição do tema da pesquisa e construção coletiva do protocolo de pesquisa juntamente com a coordenação municipal (Belo Horizonte) e estadual (Minas Gerais) de saúde mental / Definição da instituição formadora bem como dos orientadores no Brasil que seriam as referências para este Mestrado- a Universidade Federal de Minas Gerais UFMG./ Submissão do protocolo de pesquisa aos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte, da UFMG, da Universidade Nova de Lisboa (UNL) e ao Comitê Nacional- Brasília
- 2012-1º semestre de 2013: Longo processo de aguardo do parecer final do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) /Brasília sem o qual a pesquisa não poderia ser adiantada nem iniciada.
- Julho/2013: Aprovação da pesquisa pelo CONEP/Brasília.
- 2º semestre/2013: Redefinição do cronograma e estratégias para a pesquisa junto à coordenação municipal de saúde mental de Belo Horizonte e junto à UFMG./ Definição do estudo-piloto e estratégias junto ao CERSAM (Centro de Referência de Saúde Mental) ao qual os beneficiários do estudo-piloto estavam referenciados./ Apresentação da pesquisa para a equipe de saúde mental./ Seleção e treinamento de acadêmicos de Terapia Ocupacional que seriam

aplicadores dos instrumentos./ Redimensionamento da pesquisa a partir dos resultados do estudo-piloto./ Apresentação da pesquisa aos beneficiários e coleta dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)./ Início da aplicação dos instrumentos.

- 1º semestre/2014: Aplicação dos instrumentos./ Repactuação para alargamento de prazo junto ao Comitê de Ética da UNL tendo em vista inviabilidade do término da pesquisa previsto para julho/2014
- 2º semestre/2014: Término da aplicação dos instrumentos./ Análise dos dados./ Revisão./ Versão final do estudo
- 1º semestre/2015: Defesa da dissertação junto à UNL

X. 3) LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em 19 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) de Belo Horizonte/MG, dispositivos que compõem a rede municipal de saúde mental de Belo Horizonte.

Pelo menos duas grandes instituições psiquiátricas de modelo asilar foram descredenciadas estrategicamente pelo poder público do município de Belo Horizonte e pelo estado de Minas Gerais e os pacientes foram em sua totalidade assumidos pela nova proposta de uma vida em liberdade. Foram alocados numa instituição intermediária de cuidados de reabilitação psicossocial e, então, transferidos para os SRT`s. Não há registro de nenhum estudo baseado em evidências sobre estes pacientes, nem antes nem após a transferência para a comunidade. Os critérios para a transferência para os SRT`s referem-se ao nível de autonomia porém sem a utilização prévia de avaliações sistematizadas.

No que tange à experiência de Belo Horizonte, local onde foi realizado o presente estudo, os SRT`s são casas alugadas pela PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH) , situadas em bairros da cidade, com 3 a 4 quartos e características de uma moradia comum.

Eram em número de 23 na data de início da pesquisa (julho/2013). O estudo foi realizado em 19 tendo sido identificadas dificuldades para tempo hábil da coleta de dados em todos os SRT`s.

As casas são supervisionadas por um supervisor que é um técnico de nível superior (assistente social, terapeuta ocupacional ou psicólogo), sendo que cada supervisor é responsável por duas a três residências e não permanecem direto nas casas. Existe uma referencia técnica do PVC ligada à gestão municipal da saúde mental.

Existem também estagiários extracurriculares dos cursos de Terapia Ocupacional, Psicologia ou Serviço Social, contratados pela prefeitura em regime de 30 horas semanais para atividades de reabilitação psicossocial junto aos moradores. Não há registro de capacitação permanente para a equipe envolvida.

São desenvolvidas reuniões semanais de equipe de supervisores com a gestão municipal do PVC para discussão de casos e questões cotidianas da assistência. Há relatos de alta rotatividade de cuidadores e estagiários.

Os SRT`s contam também com uma equipe de cuidadores, com formação de nível médio ou médio incompleto, sendo um por SRT em jornadas de plantões de 12h, dando uma cobertura 24h/dia de assistência. Os cuidadores são responsáveis por um acúmulo de atividades desde a limpeza, alimentação, acompanhamento em consultas, acompanhamento em atividades de vida diária e prática dos moradores o que pode comprometer o exercício e o desenvolvimento da autonomia por parte do morador.

Nestes SRT`s existem ações de reabilitação psicossocial. São desenvolvidas, em

sua maioria, reuniões com os moradores para decisões coletivas de questões cotidianas e exercício do protagonismo e empoderamento na gestão da casa e de suas próprias vidas. Busca-se a resolução de conflitos e elaboração coletiva de saídas possíveis para as dificuldades advindas da vida comunitária. Busca-se definir coletivamente as tarefas diárias de cada um a partir de suas necessidades e limitações. O trabalho de equipe objetiva a elaboração de projetos terapêuticos individuais, estabelecendo-se as intervenções que serão efetuadas de acordo com as necessidades e limitações de cada um.

O manejo do dinheiro é tratado de forma particular sendo o morador implicado na forma dos gastos do mesmo. Os moradores são incentivados a irem ao banco efetivarem o saque e para tal são treinados. Fora das casas os moradores são incentivados a freqüentarem oficinas e atividades nos Centros de Convivência e a freqüentarem outros espaços. O atendimento a eventuais crises é feito nos CERSAM'S e havendo necessidade é hospitalizado por curto período.

A equipe técnica de supervisores (terapeuta ocupacional, psicólogo ou assistente social) se reúne semanalmente para avaliação das atividades e dos casos. Há reuniões também com os cuidadores, mas não de forma sistematizada.

Os cuidadores estão em contato direto com os moradores intermediando seus processos de reabilitação psicossocial, implicando-os neste e trabalhando na perspectiva da responsabilização, empoderamento e protagonismo do morador.

Por fim, pode-se perceber nos SRT's de Belo Horizonte a característica apontada por Rodrigues³⁴ enquanto modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada com a finalidade principal de viabilizar a reabilitação. Segundo a mesma autora, durante os anos de hospitalização, a subjetividade dos pacientes é construída nos moldes estabelecidos pela instituição. Com a mudança para a residência

terapêutica eles são confrontados com uma nova realidade e precisam resignificar seus universos agora na dimensão ampliada da cidade. Precisam reconstruir seus cotidianos com mais ou menos suporte no desenvolvimento de habilidades para as atividades cotidianas e sociais. Trabalha-se sob a perspectiva do empoderamento e da descoberta contínua de potencialidades que os tornam cada vez mais cabíveis naquele território.

Segundo Campos,²⁷ Mângia e Rosa ressaltam a importância das residências na superação das instituições psiquiátricas e das internações de longa permanência. Elas têm o potencial de responder a diversas demandas dos pacientes quando desinstitucionalizados tais como local para morar, suporte social, composição de rede social.

Ainda segundo Campos²⁷ Pereira e Borensteir ressaltam o caráter de singularidade das residências que vêm se constituindo como possibilitadoras de projetos de reconstrução de vidas e regate de crenças e valores.

A mesma autora ressalta que alguns estudos foram desenvolvidos de forma a buscar a avaliação dos moradores a respeito das residências terapêuticas, considerando que são atores importantes no processo de mudança na assistência em saúde mental. Os estudos relatam experiências do cotidiano de moradores das residências e a maneira como avaliam seus processos de saída do hospital psiquiátrico. Os mesmos apresentam aspectos favoráveis das moradias na construção da existência da pessoa, fora do contexto asilar, com enfoque nas relações com a comunidade.²⁷

X. 4) POPULAÇÃO ESTUDADA

A escolha dos sujeitos, ainda que esteja implícita no programa, justifica-se por uma questão pessoal da autora da pesquisa com os desafios colocados pela cronicidade, antes e pós desinstitucionalização.

O universo previsto inicialmente eram 210 beneficiários do PVC, que era a totalidade de beneficiários em julho de 2013. Destes, 185 moravam em Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 19 moravam com a família e 6 moravam sozinhos. No decorrer do estudo, por questões operacionais e de prazo, o público-alvo considerado passou a ser somente os moradores dos SRT's. Dos 185, 8 foram desconsiderados por razões diversas como falecimento, recusa ou contra-indicação clínica para a participação e não localização do beneficiário. O total válido do ponto de partida do estudo, portanto, foi uma amostra de 177 beneficiários.

A amostra final de participantes avaliados foi de 121 beneficiários. Os 56 restantes não participaram por questões que fugiram à governabilidade da autora deste estudo e se referiram a restrições de acesso aos SRT's e à falta de dados específicos desta população.

X. 5) INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O projeto de pesquisa inicial previa, além do estudo da autonomia e do comportamento social, o estudo das necessidades e da qualidade de vida dos beneficiários através dos instrumentos *Camberwell Needs Assessment* – CAN (45) e *World Health Organization Quality of life* – WHOQOL (44). No entanto, durante o estudo-piloto a maioria dos entrevistados não conseguiu responder às perguntas em função da limitação cognitiva e do desenvolvimento de crises delirante-persecutórias e de ansiedade. Optou-se, então, pela suspensão da utilização destes instrumentos e manutenção daqueles que tinham a versão informante. Priorizou-se o bem-estar dos beneficiários. Ainda assim, foi válida a perspectiva dos informantes que foram pessoas bem próximas e autorizadas por eles a responderem.

Foram utilizados três instrumentos: o questionário sócio-demográfico, de situação de tratamento em saúde e de hábitos sociais (ANEXO B), o Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS) e a escala de comportamento social (SBS). Os dois últimos já foram descritos anteriormente.

X. 6) COLETA DE DADOS

Contextualização da coleta

Considerando a fase da coleta de dados como uma das mais importantes deste estudo, tamanha responsabilidade ética perante o perfil da clientela estudada e à necessidade de tratar de questões referentes à vida íntima dos sujeitos em local também privativo de sua vida que é a sua casa e considerando que este seria um primeiro estudo epidemiológico a ser realizado na rede de saúde mental de Belo Horizonte buscou-se um diálogo constante com a gestão municipal do PVC e com os supervisores dos SRT`s com vistas à pactuação, das etapas da coleta.

Anterior à coleta de dados, a gestão municipal do PVC foi esclarecida e responsabilizou-se por informar as equipes diretas ligadas à assistência dos beneficiários quanto à metodologia da pesquisa, inclusive quanto à coleta de dados a fim de se garantir a privacidade e a ética na condução da mesma. Trata-se de uma equipe coesa em seu posicionamento político-ideológico importante para o alcance dos objetivos da reforma psiquiátrica mineira porém sem a prática no campo da pesquisa quantitativa. Não foi possível um encontro inicial coletivo com todos os supervisores, para pactuação da metodologia da coleta, discussão do processo, eliminação de dúvidas, sendo os contatos com os mesmos feitos individualmente, durante a primeira visita aos SRT`s. Isto contribuiu para a morosidade do processo visto que ora o supervisor ainda não tinha

conhecimento da pesquisa, ora a agenda dos supervisores estava muito cheia e não havia prioridade para a pesquisa..

No momento inicial da pesquisa, foi desenvolvido um estudo-piloto com 12 beneficiários numa tentativa de abordagem direta dos mesmos pela própria autora deste estudo, com vistas à avaliação da possibilidade de resposta aos instrumentos, utilizando-se a versão para o próprio paciente no que se refere ao CAN, ao WHOQOL e ao ILSS. No entanto, diante de limitações cognitivas e crises delirante-persecutórias dos beneficiários e da burocratização do acesso aos SRT e aos beneficiários por parte de alguns supervisores (mais), optou-se pela troca do ILSS para a versão informante e pela não utilização do CAN e do WHOQOL. Neste sentido, estagiários e cuidadores que já estavam, de certa forma, reconhecidos e autorizados a freqüentarem os SRT's poderiam contribuir de forma mais ágil para a pesquisa. E assim foi realizado: a autora deste estudo procedeu à coleta de dados diretamente com os estagiários e cuidadores que foram a fonte oficial dos dados, referentes ao último mês de vida dos beneficiários.

Foi uma etapa complexa que envolveu a autora deste estudo, a gestão municipal do PVC e os supervisores em constantes renegociações na forma de abordagem da equipe – cuidadores e estagiários – e dos beneficiários. Exigiu dos envolvidos muito cuidado, o exercício da ética e do compromisso no desafio de se realizar pesquisa com uma clientela tão vulnerável e carente de formas de se expressar e de se auto-avaliar, estes últimos enquanto direitos legítimos a serem garantidos quando se propõe uma vida em liberdade- direito de expressão - para além do direito à habitação e à alimentação.

Na maioria das vezes foi necessária mais de uma abordagem junto à equipe, mais de uma visita ao mesmo SRT a fim de não se comprometer o bem-estar do beneficiário. Tamanha complexidade destas questões contribuiu para o demasiado alargamento do prazo de realização deste estudo.

Além disto, não existia no âmbito da coordenação municipal do PVC e da saúde mental municipal dados sistematizados quanto ao perfil sócio-demográfico, de tratamento, de assistência à saúde e ao projeto de reabilitação psicossocial dos beneficiários. Isto também foi uma das causas de morosidade no desenvolvimento do estudo, pois foi uma ação não prevista em cronograma e que exigiu muito tempo para coleta e sistematização.

As informações sobre as características da população estudada referentes aos dados sócio-demográficos, da situação do tratamento em saúde mental bem como de hábitos sociais foram obtidos junto aos supervisores dos SRT's e à gestão municipal do PVC não tendo sido possível o acesso aos prontuários dos beneficiários.

X. 7) PROCEDIMENTOS

Antes dos procedimentos da coleta de dados propriamente dita, foram coletados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) diretamente dos beneficiários ou de seus representantes legais. O presente estudo foi entendido como pesquisa com cooperação estrangeira (Resolução 292/99) sendo, assim, foi necessária aprovação em múltiplos comitês de ética em pesquisa com seres humanos. São eles: Comitê de Ética da Universidade Nova de Lisboa (UNL)/Portugal, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP/Brasília/DF, Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais- COEP-UFGM, Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte- CEP/SESA/MG. Este foi, sem dúvida, um dos pontos que mais contribuíram para a morosidade do estudo.

Os dados dos questionários sócio-demográficos foram coletados dos supervisores dos SRT's e da gestão municipal do PVC.

Os instrumentos ILSS e SBS foram preenchidos com base em informações obtidas dos estagiários e dos cuidadores que acompanhavam bem o cotidiano e o comportamento dos beneficiários. Os dados referiram-se ao último mês de vida dos beneficiários.

Os critérios de aplicação dos questionários utilizados nos estudos de validação bem como um procedimento padrão na coleta de dados foram seguidos.

X. 8) CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG (CEP/SESA-BH/MG), pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), pelo Comitê Nacional de Pesquisa envolvendo seres humanos (CONEP/Brasília) e pelo Comitê de Ética da Universidade Nova de Lisboa (UNL). O parecer da CONEP/Brasília é o 328.156 de 26/06/13.

X. 9) ANÁLISE ESTATÍSTICA

Primeiramente, executou-se a análise descritiva dos dados sócio-demográficos, de características de saúde e de hábitos: médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e proporções para as variáveis categóricas.

Posteriormente, obteve-se a prevalência de problemas de comportamento social, com a proporção de sujeitos em cada categoria definida, a saber: nenhum 1 a 2, 3 a 5, 6 ou mais. Obteve-se também a prevalência de problemas de comportamento social, conforme classificação BSM (escores SBS-BR iguais a 2, 3 ou 4) e a média da pontuação dos subitens e global da escala ILSS.

Executou-se também a análise de correlações entre os itens da escala SBS-BR e

os itens da escala ILSS-BR, por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Elegeram-se os valores de ρ estatisticamente significativos e menores que -0,40 para a análise de associações, segundo Callegari-Jacques⁴¹ que classificam o grau de linearidade em:

< 0,3: fraca

Entre 0,3 e < 0,6: moderada

Entre 0,6 e < 0,9: forte

Entre 0,9 e 1: muito forte

Foi utilizado para a análise estatística o Teste Spearman não-paramétrico por não exigir a suposição de que a população estudada tenha distribuição normal. O teste é baseado na adoção de ranks (postos) para os dados ao contrário de serem baseados em parâmetros da distribuição normal, como médias e variância. O coeficiente de correlação de Spearman quantifica o grau de relação linear entre duas variáveis contínuas. Trata-se de uma medida de correlação não-paramétrica, denominado pela letra grega ρ (rho). Ao contrário do coeficiente de correlação de Pearson não requer a suposição de que as variáveis sigam distribuição normal. O coeficiente de correlação de Pearson (paramétrico) não foi utilizado, pois há itens que não atendem ao pressuposto de normalidade (medida pelo teste de Shapiro-Wilk).

O coeficiente ρ de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável. No presente estudo, indivíduos com maior grau de limitação social aferida pela SBS eram aqueles com menor autonomia medida pelo ILSS-BR.

Finalmente, para comparar as medianas dos scores das sub-escalas da ILSS e da mediana global da SBS entre sexos utilizou-se a análise estatística Independent Samples Mann-Whitney U-test.

Para todos os testes estatísticos, considerou-se um nível de significância de 5% e um intervalo de 95% de confiança.

Utilizou-se o software estatístico SPSS 20.0.

XI) RESULTADOS

- Características sócio-demográficas, de situação de tratamento em saúde e de hábitos sociais

Os beneficiários estudados são de ambos os sexos (62% do sexo masculino e 38% do sexo feminino), com idade média de 57,9 anos ($dp= 9,43$), sendo 52,5% inscritos no PVC desde 2008, tendo sido desinstitucionalizados de instituições psiquiátricas que foram fechadas por encerramento de convênio com o poder público ou por outras razões. Uma média de 64,5% frequentaram a escola primária (1ª a 5ª série). Quanto ao estado civil 95,9% são solteiros. Os dados podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1: Descrição da amostra do estudo: características sociodemográficas. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%/ média e desvio-padrão
Sexo	121	
Feminino	46	38,0
Masculino	75	62,0
Idade	121	57,94 (d.p.=9,43)
Grau de instrução	76	
1ª a 5ª série	49	64,5
6ª a 8ª série	25	32,9
1º ao 3º ano	2	2,6
Superior		
Estado civil	121	
Solteiro	116	95,9
Casado	2	1,7
Separado	1	0,8
Viúvo	2	1,7
Renda própria além do auxílio PVC	118	
Sim	86	72,9
Não	32	27,1

Conforme visualizado na Tabela 2, a população estudada é constituída por um grupo vulnerável de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em sua maioria com esquizofrenia (82,4%) com limitação cognitiva significativa. Passaram grande parte de sua existência em instituições fechadas (média de 30,93 anos de internação psiquiátrica, dp= 9,42) acompanhando as vicissitudes pelas quais passaram estas instituições como super lotação, estruturas prediais inadequadas, escassez de recursos humanos, violência e uso indiscriminado de eletroconvulsoterapia. Além disto, sofreram anos de grave isolamento social e abandono familiar sendo privados do desenvolvimento de suas potencialidades.

Quanto aos cuidados em saúde atualmente: 93,4% estão em acompanhamento ambulatorial com acesso à medicação e consulta psiquiátrica. Da população estudada, 81,5% apresentam como única atividade no serviço de saúde a consulta psiquiátrica, sendo que 75% comparecem ao serviço de saúde de 2 em 2 meses, 96,7% tomam

medicação oral , 94,2% não tomam medicação de forma autônoma, 81,5% fazem outro tipo de tratamento além do psiquiátrico, 90,9% não tiveram crises psiquiátricas no último ano, 99,2% não tiveram nenhuma internação após a inserção no PVC e 72,9% possuem renda própria além do auxílio-reabilitação do PVC.

Tabela 2: Descrição da amostra do estudo: características da situação de tratamento de saúde. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.

CARACTERÍSTICAS DA SITUAÇÃO DE TRATAMENTO EM SAÚDE	N	%/ média e desvio-padrão
Diagnóstico	119	
F 20 Esquizofrenia	98	82,4
F 72 Retardo mental grave	6	5,0
F 06 Transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física	1	0,8
F 69 Transtorno não especificado de personalidade e comportamento em adultos	1	0,8
F 09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado	2	1,7
F 79 Retardo mental não especificado	4	3,4
F 25 Transtornos esquizo-afetivos	1	0,8
F 70 Retardo mental leve	2	1,7
F 29 Psicose não orgânica não especificada	1	0,8
F 07 Transtornos de personalidade e de comportamento decorrente de doença, lesão e disfunções cerebrais	1	0,8
F 33 Transtorno depressivo recorrente	1	0,8
F 73 Retardo mental profundo	1	0,8
Tempo médio tratamento psiquiátrico	117	30,93 (d.p.=9,42)
Inscrição no PVC	120	
2002	3	2,5
2003	2	1,7
2004	14	11,7
2005	1	0,8
2006	14	11,7
2008	63	52,5
2009	9	7,5
2010	4	3,3
2011	5	4,2
2012	3	2,5
2013	1	0,8
2014	1	0,8

(continuação) **Tabela 2:** Descrição da amostra do estudo: características da situação de tratamento de saúde. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.

Tratamento psiquiátrico atual	121	
CAPS(Centro de Atenção Psicossocial)- Dia	5	4,1
Acompanhamento ambulatorial com medicamentos e consulta	113	93,4
Sem visitar o médico, mas com uso de medicamentos	2	1,7
Acompanhamento em casa	1	0,8
Atividades no serviço além da consulta psiquiátrica	119	
Sim	22	18,5
Não	97	81,5
Frequência comparecimento ao serviço	120	
5 vezes por semana	7	5,8
2 vezes por semana	4	3,3
Semanalmente	5	4,2
Mensal	12	10,0
2 em 2 meses	90	75,0
Quando Necessário	1	0,8
Não frequenta	1	0,8
Tratamento médico além psiquiátrico	121	
Sim	99	81,8
Não	22	18,2
Tipo de medicação	120	
Via oral	116	96,7
Via oral e injeção	4	3,3
Toma remédio sozinho	120	
Sim	7	5,8
Não	113	94,2
Quantas crises no último ano	121	
Nenhuma	110	90,9
1	4	3,3
2	2	1,7
3	1	0,8
4	2	1,7
6	1	0,8
12	1	0,8
Internações após inserção no PVC	121	
Nenhuma	120	99,2
1	1	0,8

No que se refere a indicadores de hábitos sociais relevantes para a avaliação da vida em comunidade, 96,7% não fazem uso de bebida alcoólica, 99,2% não fazem uso de drogas exceto álcool e 7,6% tiveram experiência de morar nas ruas, conforme pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3: Descrição da amostra do estudo: características de hábitos sociais. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

CARACTERÍSTICAS DE HÁBITOS SOCIAIS		
Faz uso de bebidas alcoólicas	120	
Sim	4	3,3
Não	116	96,7
Faz uso de drogas ilícitas	120	
Sim	1	0,8
Não	109	99,2
Experiência de morar nas ruas	118	
Sim	9	7,6
Não	109	92,4

- Habilidades de vida independente – ILSS

Conforme foi descrito anteriormente, a escala ILSS tem uma gradação de 0 a 4, onde os melhores desempenhos nas atividades de vida diária encontram-se nos escores mais elevados.

Para efeitos de análise, este estudo considerou habilidades de vida independente como autonomia e score abaixo de 2 como autonomia comprometida ou insatisfatória.

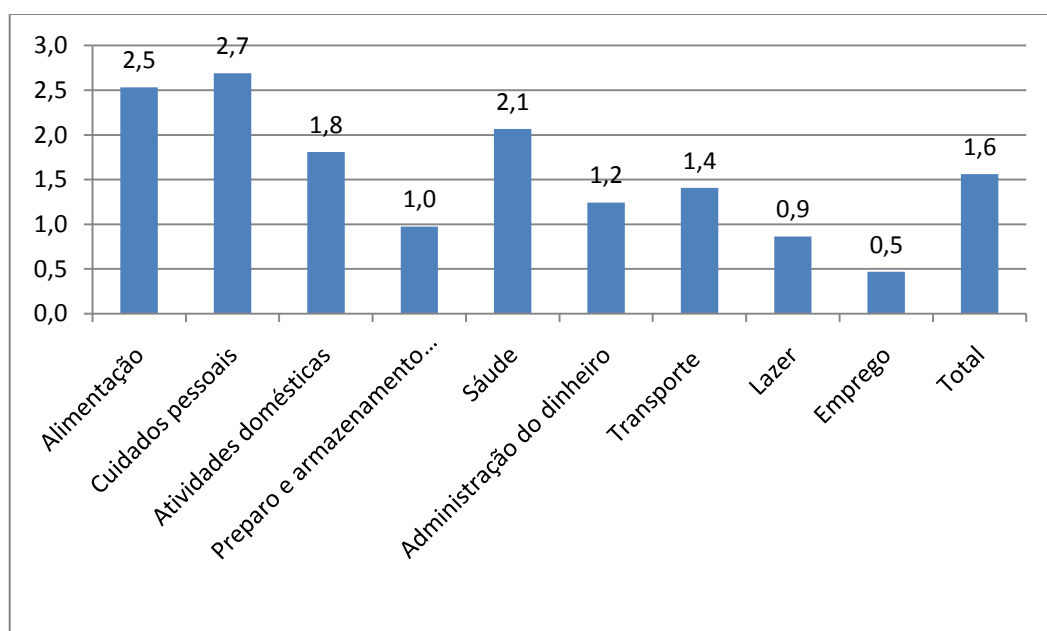
No escore global a média foi de 1,6 e nas demais subescalas os beneficiários tiveram pontuação média baixa, sendo que a média dos escores em alimentação foi 2,53 (dp= 0,53), em cuidados pessoais 2,69 (dp=1,09), em atividades domésticas 1,81 (dp= 1,27), preparo e armazenamento de alimentos 0,98 (dp= 1,10), saúde 2,07 (dp=0,65), administração do dinheiro 1,24 (dp= 1,18), transporte 1,41 (dp= 1,19), lazer 0,88 (dp= 0,71), emprego 0,47 (dp= 1,09), conforme pode ser visto na Tabela 4 e no Gráfico 5.

Tabela 4: Média e desvios-padrão da ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

SUBITENS	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Alimentação	2,53	0,53
Cuidados pessoais	2,69	1,09
Atividades domésticas	1,81	1,27
Preparo e armazenamento dos alimentos	0,98	1,10
Saúde	2,07	0,63
Administração do dinheiro	1,24	1,18
Transporte	1,41	1,19
Lazer	0,86	0,71
Emprego	0,47	1,09
Escala global	1,56	0,63

O gráfico 5 também apresenta a disposição das médias do ILSS por áreas.

Gráfico 5: Médias por subitens do ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.



A relação do nível de autonomia com a variável sexo pode ser visualizada na Tabela 5. Conforme resultados, há diferença estatisticamente significativa entre os sexos quanto à administração do dinheiro, transporte e lazer, sendo que as maiores medianas de escores foram observadas em homens nestes 3 itens da escala ILSS-BR.

Tabela 5: Diferenças entre sexos em relação ao escore da escala ILSS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.

SUBITENS	MEDIANA		VALOR-P
	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO	
Alimentação	2,500	2,625	0,530
Cuidado pessoal	2,615	3,000	0,482
Atividades domésticas	1,875	1,750	0,518
Preparo e armazen. alimentos	0,714	0,571	0,218
Saúde	2,063	2,125	0,254
Administração do dinheiro	0,292	1,166	0,001
Transporte	0,571	1,714	0,000
Lazer	0,444	0,889	0,001
Emprego	0,000	0,000	0,678
Total	1,401	1,632	0,085

- Comportamento Social

Conforme já descrito, a escala SBS mensura as limitações no comportamento social através de escores de 0 a 4, com uma gradação ascendente de gravidade.

Foi utilizado o Escore de Problemas Moderados e Graves (*Mild and Severe Behaviour problems score* - BSM), onde os escores 0 e 1 representam ausência de problemas e são pontuados para fins de totalização com zero e os escores 2, 3 e 4 são considerados presença de problemas e são pontuados com 1. A média global do SBS do presente estudo foi de 0,693.

A distribuição dos beneficiários segundo o número de problemas no comportamento social pode ser observada na tabela 6 sendo que 47,9% dos beneficiários apresentaram de nenhum a 2 problemas e 63% apresentaram 3 ou mais problemas, segundo o método de pontuação BSM. Pode-se perceber que mais da metade dos beneficiários apresentou mais de 3 problemas constituindo-se um grupo com considerável número de problemas moderados e severos.

Tabela 6: Prevalência de problemas de comportamento social (SBS-BR). Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

NÚMERO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS (SBS-BR)	N (%)
Nenhum	27 (22,3)
1 a 2	31 (25,6)
3 a 5	29 (24,0)
6 ou mais	34 (28,1)
Total	121 (100,0)

No presente estudo, as áreas de maior prevalência de limitações no comportamento social foram as de Risos/Falar sozinho (40,5%), Incoerência no discurso (29,0%), Aparência Pessoal/Higiene (25,6%), Sub-atividade (25,6%), Conversa inapropriada (24,8%).

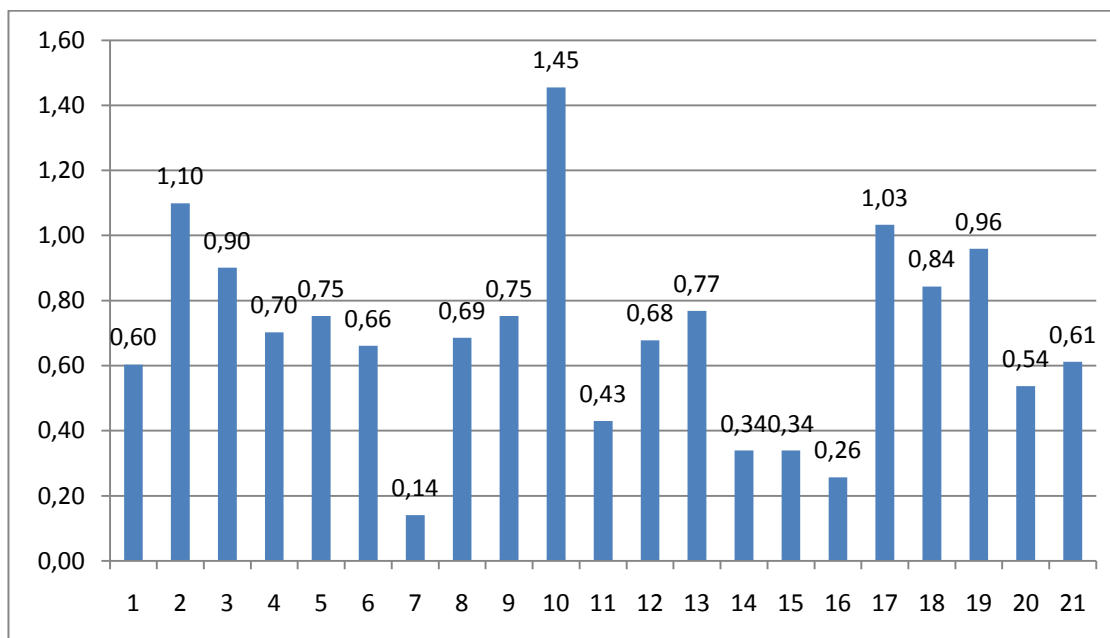
As áreas de menor prevalência de limitações no comportamento social foram as de Idéias suicidas (2,4%), Comportamento sexual inadequado (7,4%), Depressão (9,9%) Comportamento destrutivo (11,6%). Estes resultados podem ser vistos na Tabela 7:

Tabela 7: Prevalência de incapacidade social (n=121) (escores SBS-BR iguais a 2, 3 ou 4). Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

ITEMS	PROPORÇÃO (%)
1-Comunicação Pouco Espontânea	19,0
2-Incoerência da fala/discurso	29,0
3-Conversa estranha ou inapropriada	24,8
4-Interação Social Inapropriada	21,5
5-Hostilidade	15,7
6-Demandante de atenção	19,0
7-Ideias Suicidas	2,4
8-Ataques de pânico ou fobia	17,4
9- Hiperatividade ou falta de descanso	18,2
10-Risos ou falar sozinho	40,5
11-Agir ou ter ideias com bizarrice	14,9
12-Maneirismos ou posturas estranhas	19,0
13-Hábitos ou maneiras socialmente inaceitáveis	19,0
14-Violência ou ameaça	11,6
15-Depressão	9,9
16-Comportamento sexual inapropriado	7,4
17-Auto cuidado precário	25,6
18-Vagarosidade	22,3
19-Subatividade / Pouca atividade	25,6
20-Pouca atenção	14,0
21-Comportamento não especificado em outro lugar e que impede progressos	19,8

As médias dos scores de limitações no comportamento podem ser vistas por áreas no Gráfico 6 abaixo.

Gráfico 6: Médias por subitens do SBS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.



A diferença entre as medianas globais das limitações no comportamento social entre homens e mulheres pode ser vista na tabela 8. Conforme resultados, não há diferença estatisticamente significativa entre os sexos quanto ao escores medianos da escala SBS-BR.

Tabela 8: Diferenças entre sexos em relação ao escore da escala SBS-BR. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte, MG – 2014.

	MEDIANA		VALOR-P
	Sexo feminino	Sexo masculino	
Escore da SBS-BR	0, 619	0, 429	0,60
- ILSS e SBS: associações possíveis			

As Tabelas 9 e 10 mostram as principais correlações encontradas entre

autonomia e comportamento social inadequado que se revelaram estatisticamente significativas. Todos os coeficientes foram negativos, indicando que maiores valores na escala ISLL correspondiam a menores valores na escala SBS-BR e vice versa, conforme a Tabela 10.

Considerando o critério mínimo de correlação de 0,40, a autonomia nos itens da escala ILSS esteve negativamente associada às limitações sociais descritas na Tabela 9. Isto significa que os beneficiários que obtiveram melhores índices de autonomia no subitem cuidado pessoal, obtiveram menor índice de problema de interação social inapropriada e menor auto-cuidado precário. Os beneficiários que obtiveram melhores índices de autonomia no preparo e armazenamento de alimentos obtiveram menores problemas de comunicação pouco espontânea quanto à escala de comportamento social. Os beneficiários que obtiveram melhores índices de autonomia na administração do dinheiro e transporte obtiveram menores problemas de comunicação pouco espontânea e de auto-cuidado precário. Pode-se supor que o preparo e armazenamento de alimentos, a administração do dinheiro e o transporte são atividades que exigem habilidades de comunicação espontânea e de auto cuidado em seus desenvolvimentos.

Tabela 9: Principais correlações entre os itens das escalas ILSS e SBS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

ITENS DA ESCALA ILSS	ITENS DA ESCALA SBS
Cuidado pessoal	Interação social inapropriada Auto-cuidado precário
Preparo e armazenamento dos alimentos	Comunicação pouco espontânea
Administração do dinheiro	Comunicação pouco espontânea Auto-cuidado precário
Transporte	Comunicação pouco espontânea Auto-cuidado precário

Tabela 10: Correlações entre itens das escalas SBS e ILSS. Beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte, MG – 2014.

ITEMS DA ESCALA SBS	ITENS DA ESCALA ILSS-BR								
	Alimentação	Cuidado pessoal	Atividade Doméstica	Preparação e armazenamento dos alimentos	Saúde	Administração do dinheiro	Transporte	Lazer	Emprego
1-Comunicação Pouco Espontânea	-0,24	-0,23	-0,24	-0,44	-0,41	-0,49	-0,42	-0,31	-0,20
2-Incoerência da fala/discurso	-0,21	-0,26			-0,28				
3-Conversa estranha ou inapropriada	-0,25	-0,24			-0,28	-0,20			0,23
4-Interação Social Inapropriada	-0,35	-0,41			-0,33	-0,28	-0,26	-0,31	0,34
5-Hostilidade	-0,22								0,41
6-Demandante de atenção									0,26
7-Ideias Suicidas	-0,21								0,18
8-Ataques de pânico ou fobia	-0,25	-0,27			-0,19				0,30
9- Hiperatividade ou falta de descanso	-0,38	-0,34			-0,22				0,23
10-Risos ou falar sozinho									0,20
11-Agir ou ter ideias com bizarrice	-0,19						-0,19		0,29
12-Maneirismos ou posturas estranhas	-0,36	-0,22							0,20
13-Hábitos ou maneiras socialmente inaceitáveis	-0,30	-0,34			-0,24		-0,24		0,33
14-Violência ou ameaça	-0,19	-0,20							0,34
15-Depressão								-0,20	0,24
16-Comportamento sexual inapropriado		-0,24							0,29
17-Auto cuidado precário	-0,36	-0,60	-0,39	-0,30	-0,44	-0,40	-0,46	-0,37	0,20
18-Vagariosidade	-0,27	-0,34			-0,24	-0,19	-0,29	-0,23	
19-Subatividade / Pouca atividade	-0,22	-0,23	-0,24	-0,37	-0,30		-0,29	-0,37	
20-Pouca atenção	-0,36	-0,36			-0,30				0,25
21-Comportamento não especificado em outro lugar e que impede progressos	-0,32	-0,31			-0,23				0,32

XII) DISCUSSÃO

XII. 1) QUANTO AOS DADOS GERAIS

É importante considerar para fins dessa discussão a escassez de estudos epidemiológicos e de outra natureza junto aos beneficiários do PVC de Belo Horizonte, o que dificulta qualquer ponto de partida ou parâmetro para enriquecer a análise.

Além disto, o tempo médio de inserção no PVC estimado em cerca de seis anos revela que ainda há muito pouco tempo de vida em comunidade para avaliações de impacto, ainda mais quando se considera que não houve um ponto de partida para a avaliação e o monitoramento do processo.

Quanto aos dados sócio-demográficos, chama a atenção a idade média dos beneficiários (57,9 anos) abaixo da marca política que delimita pessoa idosa que é de 60 anos (Política Nacional da Pessoa Idosa). Atribui-se, empiricamente, à suposta idade avançada ou velhice dos referidos beneficiários as causas das dificuldades de autonomia que os mesmos apresentam. O presente estudo contribuirá para a desmistificação deste ponto, na medida em que aponta para razões referentes muito mais ao modelo e processo de trabalho de reabilitação psicossocial utilizado do que à idade em si dos beneficiários.

Outro dado a ser destacado é o que demonstra que 72,9% dos beneficiários possuem outra forma de renda além do auxílio-reabilitação contrapondo, de certa forma o argumento da insuficiência de recursos financeiros por parte dos beneficiários, para investimento em ações cotidianas importantes de reabilitação, que envolvem o poder de consumo dos beneficiários.

Quanto às características de saúde e tratamento, o dado que aponta que a maioria dos beneficiários tem esquizofrenia traz para a discussão a importância das evidências atuais que demonstram o bom prognóstico para a vida em comunidade por parte destes

doentes. Percebe-se que há uma positiva regularidade às consultas psiquiátricas e garantia de acesso à medicação demonstrando que os cuidados são continuados atendendo às diretrizes internacionais de saúde mental. Isto é refletido na razoável média 2,1 no subitem Saúde da ILSS que mede as habilidades de gestão da própria saúde pelos beneficiários. Além disso, 99,2% não tiveram internação psiquiátrica após a inserção no PVC e 90,9% não tiveram crises no último ano, o que vem atender a um dos objetivos do processo de desinstitucionalização mineiro.

Ainda quanto às características da saúde, o fato de 81,8% apresentarem tratamento médico além do psiquiátrico reforça indícios de que a gestão municipal do PVC tem efetivado a articulação da saúde mental junto à Atenção primária, importante diretriz internacional de saúde mental. Esta ação é importante se for considerado o alto risco de comorbidades a que esta clientela está sujeita.⁴²

O indicador de 81,5% de beneficiários que não participam de outra atividade no serviço além da consulta (oficinas terapêuticas, permanência-dia, psicologia, Terapia Ocupacional, dentre outros) traz um ponto para discussão que se refere ao não acesso à psicoterapia que é um dos três componentes decisivos para a eficácia da assistência em saúde mental, a saber: psicoterapia, farmacoterapia e reabilitação psicossocial.⁷

Quanto aos hábitos sociais, no que se refere aos indicadores de nível de mendicância e uso de álcool e outras drogas, os resultados foram positivos indicando possibilidades favoráveis de vida em comunidade.

XII. 2) QUANTO AOS RESULTADOS DA ILSS

É importante ressaltar que a discussão aqui proposta quanto aos resultados da autonomia e do comportamento social se faz de forma independente ainda que se suponham correlações. Não foi objetivo deste estudo estabelecer relações de

causalidade ou de outra natureza entre ambos, não sendo possível detectar se menor autonomia causa mais problemas de comportamento ou vice-versa e se menores problemas de comportamento causariam maior autonomia, por exemplo. O possível foi uma descrição da autonomia e dos problemas de comportamento social e o início de uma associação entre ambos.

No que se refere aos resultados encontrados em cada domínio da escala ILSS, propõe-se uma discussão com base em cinco estudos brasileiros.

O primeiro domínio avaliado refere-se à Alimentação, no qual se avaliam oito sub-itens quanto a: alimentar-se asseadamente, usar utensílios adequados, apresentar comportamento adequado durante as refeições e ter bons hábitos nutricionais sem necessidade de orientação. Neste domínio a média encontrada foi de 2,5. Achados de outros estudos apontam média de 2,05³⁹; 3,03/3,41³⁰ e 3,28/3,85.⁴⁰ A autonomia é avaliada pela capacidade satisfatória que uma pessoa tem de cuidar de si mesma e de seus interesses, desta forma um bom desempenho neste domínio nos demonstra a capacidade destes sujeitos, visto que a alimentação é uma das necessidades básicas de sobrevivência.

No domínio Cuidados Pessoais, obteve-se uma pontuação que traduz uma boa frequência de demonstração de habilidades, sendo 2,7 a média para este domínio, superior à encontrada na fase 1 do estudo de Wagner e colaboradores³⁹ (1,57) e na fase 1 do estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ (1,91/3,23). Foi uma média inferior à encontrada no estudo de Silva³⁰ (fases 1 e 2), 2,94/3,60. O desempenho positivo deste subitem remete a acreditar na efetividade dos serviços substitutivos e no aumento da qualidade de vida destas pessoas no momento em que elas apresentam um funcionamento independente nas tarefas de seu auto-cuidado, pois estes itens avaliam tarefas que não

dependiam de suas escolhas durante a institucionalização como: tomar banho, lavar os cabelos, escolher a própria roupa para vestir, entre outros.

Nos domínios Atividades Domésticas e Preparo e armazenamento de alimentos obtiveram-se médias que indicaram pouca autonomia, 1,8 e 0,98 respectivamente. Este domínio apresenta-se como um dado importante, pois seus subitens dizem respeito a atividades que exigem alta capacidade e poder de trocas, que não se referem apenas ao desenvolvimento de atividades voltadas ao sujeito. O desempenho insatisfatório nestes domínios demonstram que ainda não se alcançaram as mudanças significativas necessárias no cotidiano dos sujeitos, que ainda não se apropriaram de tarefas básicas que poderiam legitimar a apropriação da casa por eles, no sentido mais de habitar do que “estar”. Neste sentido, os resultados demonstram que os beneficiários mais “estão” do que “habitam” os SRT’s.

No que se refere a outros estudos, a média encontrada no subitem Atividades Domésticas, 1,8, é inferior a do estudo de Silva³⁰ (fases 1 e 2) 2,50/3,47 e superior à encontrada no estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ (fases 1 e 2) 1,12/3,0 e no estudo de Wagner e colaboradores³⁹ (fase 1) 0,96.

Em relação ao domínio Saúde, que trata dos sujeitos reconhecerem seus problemas de saúde, contactarem os serviços necessários para resolver esses problemas e a aceitação de tomar medicação e tomá-la sem supervisão, ou seja, cuidados com a saúde em geral, obteve-se uma média de 2,1, demonstrando que os beneficiários conseguem reconhecer seus problemas de saúde. Este resultado pode também estar associado à priorização da política de saúde mental belo-horizontina em promover a articulação da saúde mental à Atenção Primária de saúde. Todos os beneficiários são inscritos no Sistema Único de Saúde (SUS) e dele fazem uso em todas as suas necessidades de saúde. Em comparação a outros estudos, o estudo de Wagner e

colaboradores³ (fase 1) obteve média 1,51, o estudo de Silva³⁰ (fases 1 e 2) obteve médias 2,40/3,19 e o estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ (fases 1 e 2) obteve médias 0,87/1,37.

A avaliação referente à habilidade no domínio Transporte apresentou uma média de 1,41 que demonstra desempenho insatisfatório quanto à capacidade dos beneficiários em irem aos locais da vizinhança sem necessidade de acompanhamento, assim como realizarem viagens e circularem pela cidade sem necessidade de orientação. A média apresentada pelo estudo de Silva³⁰ (fases 1 e 2) foi de 2,67/3,27, pelo estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ (fases 1 e 2) foi de 0,75/2,16 e pelo estudo de Wagner e colaboradores³⁹(fase 1) foi de 0,92.

Outro domínio que apresentou uma média reduzida foi o domínio Administração do Dinheiro. Neste estudo foi obtida uma média de 1,2 demonstrando que os beneficiários administram com insatisfatória autonomia seus orçamentos, não pagam suas próprias contas, não compram objetos nem providenciam aquisição de roupas e bens a partir de suas necessidades. Quanto ao resultado encontrado pelo estudo de Wagner e colaboradores³⁹ (fase 1), 0,56, obteve resultado favorável. Quanto aos resultados da fase 2 do estudo de Vidal e colaboradores,⁴⁰ 1,33; e quanto ao estudo de Silva,³⁰ médias 2,06/2,89; o presente estudo teve média desfavorável. A importância da avaliação neste domínio é muito relevante pois ter recursos financeiros próprios é uma oportunidade de se reconhecer enquanto sujeitos, pois além de proporcionar que estes beneficiários adquiram objetos pessoais, contratem serviços, entre outros, oportuniza que eles escolham a partir de seus interesses e gostos, o que favorece sua inserção nas trocas sociais e, de certa forma, dão o norte e o rumo da reconstrução de suas cidadanias possíveis.

Por fim, no domínio Lazer obteve-se a pontuação mais baixa, média 0,86, comparada aos outros domínios. Se comparado aos outros estudos, aproxima-se do estudo de Wagner e colaboradores,³⁹ também com média baixa, 0,87, do estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ com médias 1,0/1,75 e do estudo de Silva³⁰ com médias 1,91/2,63. O domínio Lazer mede uma variedade de atividades realizadas com regularidade, externas ao local de residência, como passeios, atividades esportivas e participação em reuniões comunitárias, bem como aquelas realizadas na rotina diária da casa, como assistir TV e ouvir rádio. O desempenho neste domínio demonstra que os beneficiários não vivenciam muito oportunidades de lazer e, portanto, esse resultado precisa ser problematizado, pois a vivência do lazer por esses beneficiários lhes proporcionaria oportunidade de socialização e de trocas, atividades que são importantes no cotidiano, tanto para sua qualidade de vida, quanto para a redescoberta do prazer de viver.

O domínio Emprego foi descartado por questões estatísticas e por não corresponder à realidade dos beneficiários. Porém, trata-se de uma temática importante no contexto da reabilitação psicossocial. Há que se encontrar maneiras de incentivar os beneficiários a produzirem sua autonomia e desconstruir a relação de tutela, levando-os a novas possibilidades de vida e trabalho. Há que se pensar em trabalho numa perspectiva de economia como meio e cidadania como fim, e não o contrário.

Por fim, o resultado da média global do ILSS foi de 1,6; menor do que o encontrado em outros estudos: 1,70 e 2,29 na fase 1 e 2 respectivamente do estudo de Vidal e colaboradores,⁴⁰ lembrando que a segunda fase deste estudo foi medida em SRT's e menor do que o encontrado no estudo de Silva³⁰ (fase 1 e 2) cujas médias foram 2,42 e 3,09 respectivamente nas duas fases. Foi maior do que o encontrado no

estudo de Wagner e colaboradores,³⁹ (que teve média global 1,13 e no estudo de Abelha³⁸ com média 1,4, ambos estudos realizados com pacientes ainda internados.

Os resultados parecem indicar que as intervenções de reabilitação psicossocial junto aos beneficiários do PVC ainda têm muito a avançar, ora mostrando-se à frente das intervenções hospitalares, ora ainda enraizadas nestas. Isto demonstra o caráter complexo e dialético a ser enfrentado quando se propõe uma diretriz de reabilitação psicossocial emancipatória, empoderadora e de promoção da saúde. Dialético e complexo assim como o próprio paradigma que os sustenta.

Percebe-se que, realmente, são vários determinantes não apenas da saúde mental dos beneficiários, mas do próprio processo de reabilitação psicossocial dos mesmos que estão em jogo. O trabalho de construção e conquista da autonomia não é linear e crescente mas acontece de forma descontínua, num ir e vir de tensões administradas no advir do cotidiano político e de vida dos sujeitos.

No que se refere aos resultados das relações entre as médias do ILSS entre homens e mulheres, chama a atenção que as mais significativas estatisticamente revelam maiores médias para homens e nas áreas de Administração do dinheiro, Transporte e Lazer, atividades que envolvem maior habilidade de trocas e participação social. Este resultado de certa forma contrariou a expectativa leiga que aponta como tendência cultural as mulheres como as detentoras de maior autonomia e participação social.

Os resultados gerais apontam que os beneficiários ainda carregam consigo reflexos da institucionalização e apresentam limitações em lidar com questões que dependam da sua iniciativa e autonomia. Apontam a necessidade de acompanhamento, de estímulo contínuo pelos profissionais dos serviços substitutivos no sentido de valorizarem as atividades aparentemente mais simples da vida cotidiana, pois são estas o verdadeiro alicerce do processo de reabilitação psicossocial de cada sujeito.

Neste sentido, a média global encontrada neste estudo pode estar relacionada ao tempo de Reforma Psiquiátrica e na diferença de vivência e oportunidade de realização de atividades cotidianas de sujeitos que estavam institucionalizados para sujeitos que estão inseridos no território, entendido aqui não apenas como o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências sócio-culturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano e de sua inserção no mundo.

Desta forma, avaliar habilidades de vida independente de beneficiários de um programa de reabilitação psicossocial como medida para repensar práticas reabilitadoras em saúde mental, impõe a necessidade de romper cada vez mais com o paradigma tradicional biomédico e assumir a complexidade da natureza humana e da vida comunitária.

Verificou-se que o ILSS é sensível para descrever as habilidades de vida independente bem como relevante para contribuir no planejamento e avaliação de programas e serviços de reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, uma vez que o desenvolvimento das habilidades de vida independente pode demonstrar o alcance aos novos modelos de atenção psicossocial.

XII. 3) QUANTO AOS RESULTADOS DA SBS

No que se refere aos resultados encontrados pela SBS, a área de Aparência pessoal e Higiene aparece como uma das 3 com maior dificuldade no presente estudo e em todos os cinco estudos utilizados como parâmetros.

Comportamento destrutivo, Idéias suicidas, Agressividade, Comportamento sexual inadequado, Pensamentos bizarros foram áreas de menor dificuldade.

A média global do SBS do presente estudo foi de 0,693, a do estudo de Lima e colaboradores³⁷ foi de 2,5, da fase 1 do estudo de Silva³⁰ foi de 1,78 e fase 2 do mesmo estudo foi de 0,34, da fase 1 do estudo de Vidal e colaboradores⁴⁰ foi de 1,04 e da fase 2 do mesmo estudo foi de 0,38.

Quanto ao comportamento social, os resultados foram mais próximos aos encontrados em outros estudos, talvez pelo fato de algumas evidências mostrarem que não há muita alteração do comportamento social na transferência para a vida em comunidade. No projeto TAPS,⁴³ os problemas no comportamento social de 670 pacientes desospitalizados, avaliados pela SBS, não sofreram mudanças significativas ao longo do tempo, nem no score total, nem no sub-score relacionado aos sintomas negativos. Outras evidências apontam que a presença de deficiências no funcionamento social é característica de pacientes com esquizofrenia. Esses déficits incluem dificuldades nos relacionamentos, no trabalho, no auto-cuidado e na participação em atividades recreativas e comunitárias. Os principais fatores associados a esse comprometimento são a presença de sintomas negativos e déficits cognitivos²⁹ e no caso de pacientes desospitalizados, o isolamento imposto pelo longo período de internação.²⁹ Devido à cronicidade do quadro, as mudanças no comportamento e a aquisição de habilidades pelos pacientes nem sempre são expressivas.²⁹

No presente estudo as áreas de maior problema no comportamento social dizem respeito a rir ou falar sozinho e incoerência na fala ou discurso e evidências mostram que a presença destes delírios e alucinações não são impeditivos da vida em comunidade. O que poderia ser um impeditivo da vida em comunidade como idéias suicidas, agressividade, comportamento sexual inadequado aparecem com menor prevalência.

Quanto à distribuição dos problemas encontrados pelo SBS, na comparação com outros estudos, o estudo de Lima e colaboradores³⁷ apresenta a menor porcentagem de indivíduos com mais de 3 problemas, 34,8%, seguido do estudo de Silva³⁰ com 37%, do presente estudo com 52% e do estudo de Abelha e colaboradores³⁸ com 60,9%. Chama a atenção a distribuição uniforme de problemas não indicando uma distribuição normal na perspectiva estatística.

Mesmo exibindo limitações, pode-se afirmar que a população estudada apresenta condições de viver em comunidade. Parece que a situação do comportamento social dos beneficiários é mais favorável do que a situação de suas habilidades de vida independente. Parece que isto tem a ver com a maior complexidade da temática autonomia que envolve mais habilidades de trocas que, por sua vez, exige mais praticidade.

XII. 4) QUANTO AOS RESULTADOS DAS ASSOCIAÇÕES ILSS E SBS

No que se refere às associações que foram significativas estatisticamente chama a atenção que os domínios Preparo de alimentos, Administração do dinheiro e Transporte estiveram associados de forma inversa a problemas de pouca comunicação espontânea. Isto significa dizer que os beneficiários que apresentaram menos problema de pouca comunicação espontânea tenderam a obter mais autonomia para o preparo de alimentos, administração do dinheiro e transporte. De certa forma esta associação é compreensível visto que estes três domínios da ILSS referem-se a atividades que exigem mais trocas e participação social, porém mais habilidades de comunicação espontânea.

Também é interessante ressaltar que os beneficiários que apresentaram maior autonomia no domínio Cuidados pessoais, tiveram menores problemas na área de auto-cuidado precário e vice-versa, o que é esperado.

Chama atenção a associação que apareceu entre Transporte na escala ILSS e Auto-cuidado precário, na escala SBS. Os beneficiários que tiveram mais autonomia no domínio Transporte que envolve atividades como andar de ônibus, ir a pé a locais da vizinhança e, fazer viagens, tiveram menores problemas de auto-cuidado. Isto pode estar associado ao fato de que atividades externas às instituições são muitas vezes negociadas ou trocadas com pacientes de longa permanência por atividades de auto-cuidado, no sentido de que só seriam autorizados ao desenvolvimento de atividades externas, como passeio e lazer, após o ritual da rotina do auto-cuidado.

Por fim, é importante contextualizar esta discussão na história do processo de desinstitucionalização belo-horizontino, marcado pelo viés político-ideológico. Seis anos que é o tempo médio de vida dos beneficiários em comunidade é um tempo curto, para este município especificamente, implementar um processo tão complexo e que exige, por parte dos gestores de saúde mental, significativa habilidade de gerir conflitos de toda a natureza.

No caso específico de Belo Horizonte, a necessidade de transferência dos beneficiários de hospitais psiquiátricos para a comunidade foi abrupto. Num contexto tumultuado por denúncias contra algumas instituições, o governo se viu obrigado a assumir a transferência de cuidados dos hospitais para a comunidade, sendo possível, num primeiro momento, a transferência para um local intermediário entre hospital e comunidade.

O número alto de pacientes a serem transferidos, com longo histórico de internação, sem referências familiares e sem documentação civil básica (como certidão

de nascimento e identidade) e a escassez de recursos para a implantação de novos SRT's e para a manutenção dos já existentes parecem ter contribuído para a priorização das condições mínimas da assistência. Parece haver um esforço inicial para a garantia da documentação civil dos beneficiários e para a estabilização psíquica dos mesmos, refletida no dado que aponta que a quase totalidade já apresenta documentação básica e não apresentou crises nem internação psiquiátrica no último ano, conforme já apresentado.

O trabalho da reabilitação psicossocial na dimensão já apresentada neste estudo exige aporte financeiro específico que, diante de tantas outras dificuldades que vêm sendo enfrentadas, quanto à sustentabilidade política, por exemplo, acaba sendo adiado. É importante a realização de novos estudos para se acompanhar este processo, identificar os ajustes necessários no rumo das ações de reabilitação psicossocial e garantir argumentação de eficácia baseada em evidências que contribua para melhorar a sustentabilidade financeira e eleger a reabilitação psicossocial como prioridade.

Considerando estas como variáveis macro determinantes do processo de reabilitação psicossocial, é importante salientar que as variáveis micro, interdependentes destas, têm a ver com o desafio de fazer avançar as relações estabelecidas com os cuidadores e profissionais envolvidos. Formou-se uma rede sólida e protegida de suporte que, por vezes, priva os sujeitos em seus fazeres cotidianos como forma de compensação pelo passado de violência e segregação que tiveram. É necessário avançar e apostar em novos rumos para a reabilitação psicossocial, com coragem para assumir os riscos inevitáveis e inerentes ao trabalho previsto na perspectiva de empoderamento e participação social.

Trata-se de uma coragem paradigmática, necessária ao próprio paradigma a que está relacionada e necessária não apenas à saúde mental do município, mas às iniciativas de promoção de saúde que se propõem emergentes.

XII. 5) QUANTO ÀS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações deste estudo merecem ser salientadas. Em primeiro lugar, destaca-se o número de participantes e o fato de se utilizar uma amostra de conveniência e não-probabilística, limitando a generalização dos resultados.

Outra limitação diz respeito às escalas terem sido respondidas por cuidadores e estagiários, podendo ter sido influenciadas por uma variação de expectativas relacionadas à desinstitucionalização, apesar de terem sido tomados todos os cuidados para garantir a padronização na coleta de dados.

Outra limitação a se considerar é a forte natureza político-ideológica do contexto no qual se insere a pesquisa.

As informações sobre as características da população estudada referentes aos dados sócio-demográficos e de tratamento, inclusive diagnóstico, foram obtidos com os supervisores dos SRT's e com a gestão municipal do PVC não tendo sido possível o acesso aos prontuários dos beneficiários.

Apesar das limitações, espera-se que os resultados obtidos possam ser usados como passo inicial de um processo contínuo de pesquisa na área, dada a relevância do tema no contexto atual da saúde mental brasileira, especificamente da de Minas Gerais que ainda tem pela frente um número considerável de usuários a serem transferidos para a comunidade.

XIII) RECOMENDAÇÕES

Este estudo tem implicações diretas em termos da política e da organização local de serviços de saúde mental, sendo conveniente a continuidade de estudos nas áreas de qualidade de vida, autonomia, protagonismo e necessidades dos beneficiários que já estão inscritos no PVC e daqueles a serem inseridos. Seria recomendável que se estabelecesse um monitoramento dos resultados alcançados, em um nível macro com vistas à sustentabilidade financeira do programa em seu nível local bem como, num nível micro, maiores estudos acerca do cotidiano e suas possibilidades de reabilitação psicossocial na dimensão de estratégia emergente de produção social de saúde.

As implicações deste estudo são diretas no sentido de possibilitar um primeiro nível de conhecimento sistematizado acerca da clientela, entendendo que o evidenciamento da clientela quanto a aspectos sócio-demográficos básicos bem como quanto à autonomia e comportamento social, é um primeiro passo no planejamento de ações e elaboração de programas efetivo-eficazes de saúde mental.

As implicações são indiretas na medida em que os resultados podem ser utilizados como argumento de sustentabilidade financeira do programa que, em seu âmbito municipal, atravessa um momento político difícil de retrocesso.

A transferência dos cuidados do hospital para a comunidade, por si só, não garante modificação no desempenho dos pacientes. A organização dos serviços, o treinamento da equipe, os tipos de intervenções de reabilitação realizadas, a garantia ou não de privacidade representam importantes fatores diretamente relacionados com as mudanças observadas nos pacientes independente do grau de limitação psicossocial prévio dos moradores.²⁹

A maioria dos pacientes com distúrbios persistentes são adversamente afetados pelas freqüentes mudanças de dispositivo, sendo mais adequado ajustar o nível de suporte conforme as necessidades vão mudando.³⁰

Devido aos resultados insatisfatórios em algumas subáreas das habilidades de vida independente, existe a necessidade de intensificação das atividades de reabilitação psicossocial em seu eixo cotidiano, de atividades de vida diária e prática. É necessário conhecer melhor as reais necessidades dos beneficiários e, a partir destas, estabelecer, para além de projetos terapêuticos, projetos de vida mais específicos.

Em moradias onde não acontece esse tipo de estimulação, os pacientes são mais passivos e inativos, conseqüentemente não desenvolvem habilidades básicas para a vida em comunidade.⁴⁰

Para se viabilizar este aumento de participação social e nas atividades cotidianas, há que se repensar a equipe dos SRT's que hoje contam com apenas um cuidador. Este profissional sendo responsável por toda a rotina da casa e pela garantia de cuidados aos moradores, sejam dentro de casa ou externos a ela, acaba por priorizar sua atenção para a manutenção da casa em detrimento ao trabalho, por vezes mais dispendioso de tempo que é o de oportunizar o exercício das trocas na oportunização do desenvolvimento do cotidiano. Isto não significa a descaracterização dos SRT's enquanto espaços de moradia com direitos garantidos de privacidade.

No que se refere ao tamanho dos SRT's, é recomendável que se mantenham com estrutura para até no máximo oito moradores. Apesar da ausência de uma base empírica sólida, existe uma sugestão na literatura de que pacientes com distúrbios mentais reagem favoravelmente em dispositivos menores. As explicações estão relacionadas com a atmosfera menos institucional e mais similar a um lar, que acaba tornando o

ambiente menos ameaçador e criando um senso de comunidade maior entre os moradores favorecendo as trocas.

Enfim, para que haja superação nas práticas reabilitadoras, é necessário romper com o conceito de reabilitação proposto pelo modelo psiquiátrico tradicional, que se restringe à remissão dos sintomas, a normalidade social e que não considera o sujeito além de seu quadro clínico. É preciso entender a reabilitação como um conjunto de práticas transformadoras de si e do meio, em constantes relações práxicas e dialéticas, fazendo a cidadania existir no plural, enquanto cidadanias possíveis, tantas quantas forem os sujeitos em questão.

Assim como a transferência do hospital para a comunidade foi um direito do portador de transtorno mental que balizou toda a luta pela reforma psiquiátrica brasileira, a possibilidade de reabilitação psicossocial em sua dimensão cotidiana de promoção de saúde e qualidade de vida também torna-se um direito a ser conquistado, agora pelo então município, e um dever a ser cumprido pelas políticas de saúde mental que já possuem uma trajetória positiva de desinstitucionalização.

XIV) CONCLUSÃO

O presente estudo buscou constituir-se enquanto uma contribuição à luz dos 3 pontos-chave apresentados por SARACENO a serem considerados na prática e na pesquisa em saúde mental, a saber:

- O compromisso com critérios técnicos e históricos: a base teórica do estudo busca reafirmar o paradigma de produção social da saúde e o referencial teórico e histórico do modelo de reabilitação psicossocial proposto por SARACENO;

- O compromisso com critérios científicos: o estudo buscou atender aos rigores de um estudo epidemiológico descritivo;
- O compromisso com critérios éticos: o estudo considerou a importância das diretrizes éticas da assistência em saúde mental, tais como garantia de direitos humanos universais em suas normativas nacionais e internacionais e consensos existentes a nível de movimentos de usuários, familiares e trabalhadores.

Este estudo propôs uma apresentação descritiva dos dados obtidos através dos questionários sócio-demográficos e dos instrumentos ILSS e SBS, seguida de uma análise estatística dos mesmos, não como fim em si mesmo, mas como meio de subsidiar uma discussão mais crítica dos resultados. Esta análise permitiu uma linguagem comum que permitiu tecer algumas considerações quanto aos níveis de autonomia e comportamento social encontrados e, para além desta descrição uma associação entre si. O estudo foi ousado na busca de uma comparação dos resultados encontrados com outros 5 estudos realizados no Brasil com vistas ao enriquecimento da discussão.

Buscou-se apresentar os resultados de forma mais ampla, não apenas com dados quantitativos referentes aos instrumentos evitando uma apresentação fragmentada que acaba por dissociar os dados do contexto no qual se inserem; uma análise macro a partir de um micro verificado para além da apresentação de números, à luz dos marcos teóricos apresentados no início desta dissertação; uma análise na forma de um exercício em seu sentido mais dinâmico, que impele um movimento de reposicionamento dos dados a serviço das diretrizes teórico-políticas para as quais deveriam atender, movimento este necessário e que se impõe também à saúde mental atual.

Foram tecidas (no sentido mesmo de costurar e articular) considerações estatísticas, teóricas e políticas de forma a se obter ao final do estudo uma rede sustentável de saberes legitimadores das diretrizes da política de saúde mental proposta pela OMS.

A contribuição particular do estudo é que atesta a viabilidade do processo de desinstitucionalização mineira e a importância dos SRT's em possibilitar a vida em comunidade. Os resultados obtidos corroboram com os de outros estudos, apesar das diferenças de amostragem, metodologias e localidades, confirmando que pacientes com longo período de internação podem viver em ambientes comunitários supervisionados e são beneficiados com a desinstitucionalização.

A observação direta dos beneficiários nos SRT's, durante a realização da pesquisa, permitiu ainda o acesso a informações adicionais valiosas a respeito da melhora dos beneficiários, que complementam os dados obtidos pelas escalas. Constatou-se que os beneficiários apresentaram uma desenvoltura para receber visitas, demonstraram satisfação em morar nas casas e se mostraram colaboradores para com as atividades da pesquisa.

Os resultados sugerem que os SRT's constituem modalidade apropriada de serviço comunitário para os egressos de longa internação. Apesar das dificuldades apresentadas, a transferência do local de tratamento, junto com o programa de reabilitação empregado mostrou-se satisfatória para a maioria deles. Espera-se que mudanças mais expressivas possam ser detectadas com o seguimento contínuo desses beneficiários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Vidal CEL, Gontijo MBED. Reforma Psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2008; 57:70-79.
- 2- World Health Organization. Relatório sobre a saúde no mundo – 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: World Health Organization; 2011.
- 3- Lima LA, Bandeira M, Gonçalves S. Validação Transcultural do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS BR) para pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2003; 52:143-158.
- 4- Lima LA, Gonçalves S, Lovisi G et al. Validação transcultural da Escala de Avaliação de Limitações no Comportamento social SBSBR. *Rev. psiquiatria* 2003; 30:126-138.
- 5- Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999, 166 p
- 6- Kinoshita RT. O Outro da Reforma: contribuição da teoria da auto-poiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2000.
- 7- Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. BH/RJ: Instituto Franco Baságlio/ Te Corá Editora; 2001.
- 8- Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 2003; 7:101-22.
- 9- Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13:2029-2040.
- 10- Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Soc.* 1997; 6:31-46.
- 11- World Health Organization. Health Promotion – Concepts and principles of Health Promotion. Copenhagen: World Health Organization; 1984.
- 12- World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers: European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen: World Health Organization; 1988.

- 13- Labonte R. Estratégias para La promoción de La salud em La comunidad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de La salud: uma antologia. Washington: OPAS, 1996.
- 14- Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatric Services* 2005; 56:1416-1422.
- 15- Amarante P. (org.) Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.
- 16- Barrigio CR. Saúde mental na atenção básica: o papel dos agentes comunitários de saúde no município de Muriaé-MG. [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2010.
- 17- Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1991; 40:355-360.
- 18- Bandeira M, Gelinas D, Lesage A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1988; 47:627-40.
- 19- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 20- Jacob KS et al. Global Mental Health 4 series – Mental health systems in countries: where are we now? *The Lancet* 2007; 370:1061-1077.
- 21- Saraceno B et al. Global Mental Health 5 Series: Barriers to improvement of mental health services in low – income and middle – income countries. *The Lancet* 2007; 370:1164-1174.
- 22- Prince M et al. Global Mental Health – Series 1: No health without mental health. *The Lancet* 2007; 370:859-77.
- 23- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde DAPE, Depto de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas. Saúde mental em dados 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 24- Goulart MSB, Durães F. A Reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade* 2010; 22:112-120.

- 25- Abou-yd M et al (org). Política de SM de BH: o cotidiano de uma utopia. BH: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2008.
- 26- Moreira TCF. A Reforma psiquiátrica e a Política de Saúde Mental do município de Belo Horizonte/ MG: (des)institucionalizar idéias, práticas e instituições. Paper apresentado em: 37º Encontro Anual ANPOCS; SPG15 Saúde, políticas públicas e direitos; 2013.
- 27- Campos IO. Programa De Volta Prá Casa em um município do Estado de São Paulo – suas possibilidades e limites. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2008.
- 28- Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996.
- 29- Vidal CEL. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- 30- Silva PRF. Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: avaliação de resultados de uma experiência de dispositivos residenciais comunitários. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
- 31- Furtado JP. Avaliação da situação atual dos Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11:785-795.
- 32- Lima SS, Brasil AS. Do Programa De Volta Prá Casa” à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. Physis Revista de Saúde Coletiva 2014; 24:67-88.
- 33- Hirdes A. Autonomia e Cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. Ciência da Saúde Coletiva 2009; 14: 165-171.
- 34- Rodrigues CGSS. Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas; 2012.
- 35- Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- 36- Kantorski LP. O conhecimento produzido em saúde mental e sua aplicação nos serviços. SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2007; 3, 14p.
- 37- Lima LA et al. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. Ciência de Saúde Coletiva 2001; 6: 105-113.
- 38- Abelha L et al. Evaluation of social disablement; psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. Rev. Psiq. Clínica 2006; 33.

- 39- Wagner LC et al. Autonomia de pacientes internados psiquiátricos de longa duração. *Revista Saúde Pública* 2006; 40:699-705.
- 40- Vidal CEL et al. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. *Ver. Psiquiatria RS* 2007; 29:294-304.
- 41- Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003. 255 p.
- 42- World Health Organization. Promoting Mental Health- Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 43- Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 217-223.
- 44- <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/whoqol84.html>
- 45- Schlithler, Ana Cristina et al. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2007; 29 (2): 160-3.
- 46- Wallace. Functional Assessment in Rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin* 1986; 12 604-623
- 47- Wykes T, Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *Br J Psych* 1986; 148: 1-11.

ANEXO A1 - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Nova de Lisboa



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Faculdade de Ciências Médicas

Comissão de Ética

(Presidente: Prof. Doutor Diogo Pais)

Decisão final sobre o Projeto "Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte/MG/Brasil" (02/2012/CEFCM)

A Comissão de Ética da FCM-UNL (CEFCM) decidiu, por unanimidade, aprovar o Projeto nº02/2012/CEFCM, intitulado "Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte/MG/Brasil", submetido pela Dr^a Kénia Silva Moreira e pelo Professor Doutor José Miguel Caldas de Almeida.

Lisboa, 19 de Julho de 2012

O Presidente da Comissão de Ética,

(Prof. Doutor Diogo Pais)

TO WHOM IT MAY CONCERN

The Ethics Committee of the Faculty of Medical Sciences of the New University of Lisbon (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa) has unanimously approved the Research Project 02/2012/CEFCM, entitled "Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), munícipes de Belo Horizonte/MG/Brasil", submitted by Dr. Kénia Silva Moreira and by Professor José Miguel Caldas de Almeida.

Lisbon, July 19th, 2012

The Chairman of the Ethics Committee,

(Prof. Doutor Diogo Pais)

Campo dos Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa
Portugal

Tel. 21 8803039
Fax: 21 8852313
Email: cefcm@fcm.unl.pt

ANEXO A2 - Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP


Projeto: CAAE – 0730.0.203.410-12

Interessado(a): Profa. Regina Celi Fonseca Ribeiro
Departamento de Terapia Ocupacional
EEFFTO - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 23 de abril de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa de Volta para Casa (PVC) munícipes de Belo Horizonte/Minas Gerais/Brasil"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO A3 - Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos


Parecer: 0730.0.203.410-12A

Pesquisador responsável: Regina Céli Fonseca Ribeiro

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 12 de julho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado “Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa De Volta Para Casa (PVC), municípios de Belo Horizonte/Minas Gerais”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto, ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.

Ressalta-se que a presente Pesquisa só poderá ser iniciada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte após sua aprovação pela CONEP, conforme disposto na RESOLUÇÃO CNS Nº 292, DE 08 DE JULHO DE 1999.


Rosiene Maria de Freitas
Coordenadora Adjunta do CEP/SMSA/BH

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar, Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.
coep@pbh.gov.br TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768

ANEXO A4 - Comitê nacional de Ética e Pesquisa/DF/Brasília

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo da qualidade de vida, autonomia, necessidades e comportamento social de beneficiários do Programa De volta para casa (PVC), municípios de Belo Horizonte/Minas Gerais/Brasil.

Pesquisador: REGINA CÉLI FONSECA RIBEIRO

Área Temática: Área 8. Pesquisa com cooperação estrangeira.

Versão: 3

CAAE: 08691512.5.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 328.156

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 07 de Julho de 2013

Assinador por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO, DE CARACTERÍSTICAS DA SAÚDE E DE HÁBITOS SOCIAIS

PESQUISA: PERFIL DE BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA *DE VOLTA PARA CASA*, MUNÍCIPES DE BELO HORIZONTE/MG

Questionário sócio-demográfico, de situação de tratamento em saúde e de hábitos sociais

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

Endereço: _____

A . DADOS DO PRONTUÁRIO:

Local de referência de tratamento: _____

Número do prontuário: _____

Nome do paciente: _____

Sexo: () 1. Masculino () 2. Feminino Idade: _____ anos

Data de nascimento: ____/____/____

Diagnóstico (nome e número do CID 10): _____

Comorbidades: _____

Atualmente o paciente está em crise? () 1. Sim () 2. Não

B. DADOS DO PACIENTE:

1. Com que idade você ficou doente? _____ anos
____NSI

2. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico? _____ anos
____NSI

3. Desde quando você está inscrito no Programa *De volta para casa* (PVC)? _____
____NSI

4. Qual tratamento psiquiátrico você está fazendo no momento?

() 1. CAPS-Dia. Especificar: _____ vezes por semana

() 2. Acompanhamento ambulatorial com medicamentos e consulta

- () 3. Sem visitar o médico, mas com uso de medicamentos
() 4. Consultas periódicas, mas sem uso de medicamentos
() 5. Acompanhamento em casa
() 6. Outro – especificar:

5. Além da consulta psiquiátrica, você realiza outras atividades no serviço?

() 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se sim:

6. Quais atividades? _____
____NSI

7. Qual frequência semanal? _____
____NSI

8. Qual a frequência que você comparece ao serviço? _____
____NSI

9. Além do tratamento psiquiátrico, você faz algum outro tipo de tratamento (médico, fisioterápico, odontológico, etc)? () 1. Sim. Qual(is) _____ () 2. Não () 3. NSI

10. Você já ficou internado em hospital psiquiátrico? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se sim:

11. Quantas vezes você foi internado? _____ vezes
____NSI

12. Quantas vezes você foi internado após a inserção no PVC? _____
____NSI

13. Quando foi a última vez que você ficou internado? Há ____anos
____NSI

14. Qual foi a duração da última internação: _____ mês (s)
____NSI

15. Você já apresentou tentativa de suicídio? () 1. Sim () 2. Não
____NSI

Se sim:

16. Quando? (antes ou depois da inserção no programa *De volta para casa*?) _____
____NSI

17. Qual o tipo de remédio você utiliza?: () 1. via oral () 2. injeção () 3. ambos
____NSI

18. Você toma o remédio sozinho? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se não: (perguntar para acompanhante, cuidador ou familiar)

19. _____ (Nome) aceita tomar? () 1. Sim () 2. Não () 3. Às vezes

20. Quem te ajuda a tomar o remédio? _____

21. Quantas crises você teve no último ano? _____ crises
____NSI

22. Além da doença psiquiátrica, você tem outras doenças físicas? () 1. Sim () 2. Não

23. **Se sim**, especificar qual ou quais _____

24. Você faz uso de bebidas alcoólicas? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

25. **Se sim**, especificar a frequência: _____

26. Você faz uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc)? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

27. **Se sim**, especificar qual(is): _____

28. Você frequentou a escola? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se sim:

29. Até que série você estudou? _____ NSI

30. Você recebe o auxílio-reabilitação do Programa *De volta para casa* (PVC)?

() 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

31. Você tem alguma renda própria além do auxílio-reabilitação? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se sim:

32. Quanto você ganha? _____

33. De onde você obtém essa renda? _____

34. Qual é o seu estado civil? [_____]

() 1. NSI

() 2. Solteiro (a)

- () 3. Casado (a)
() 4. Vivendo como casado (a)
() 5. Separado (a)
() 6. Divorciado (a)
() 7. Viúvo (a)

35. Você mora sozinho? () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se não:

36. Com quem você mora?

xx. Em que tipo de moradia? (particular, SRT, pensão, etc) _____

37. Com quantas pessoas você mora?

38. Já teve experiência de morar nas ruas? (errância) () 1. Sim () 2. Não () 3. NSI

Se sim:

39. Por quanto tempo?

40. Por quê? _____

Para marcação do entrevistador:

41. O paciente apresentou agitação psicomotora durante a entrevista? () 1. Sim () 2. Não

ANEXO C - ESCALA ILSS(Independent Living Skills Survey)

INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-BR)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente.

Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção, enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular **durante o último mês**.

Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada _____
Nome da pessoa entrevistada _____
Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada _____
Data _____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na **Coluna à direita** do questionário, a frequência da ocorrência de cada comportamento **durante o último mês**, segundo a escala abaixo. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre N/A (não se aplica). Ou, se não houve necessidade de que o indivíduo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre N/A.

0 1 2 3 4
nunca algumas vezes com frequência na maioria das vezes sempre

I- Alimentação

	Frequência do comportamento no último mês				
	0	1	2	3	4
1. Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Usa utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Tira comida dos pratos de outras pessoas, sem permissão ...	0	1	2	3	4

6. Come a quantidade de alimento apropriada (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)	0	1	2	3	4

II. Cuidados Pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana.... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)	0	1	2	3	4
4. Escova ou penteia os cabelos diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)	0	1	2	3	4
6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação)...	0	1	2	3	4
7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Despe-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Veste-se em horas e locais apropriados..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Conserva-se limpo (a) e arrumado (a) o dia todo..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar).....	0	1	2	3	4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Troca a roupa de cama sempre que necessário..... (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Recolhe objetos que caem no chão (sem Necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
5. Limpa líquidos derramados (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
6. Se ocupa da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação).....	0	1	2	3	4
7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite)	0	1	2	3	4
2. Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3. Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4. Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

caneca, prato, etc. - ou usa máquina de lavar louça
(sem necessidade de orientação)

7. Guarda os utensílios de cozinha - caneca, prato, etc. (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

V. Saúde

1. Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem exagerar ou omitir)	0	1	2	3	4
2. Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada.	0	1	2	3	4
3. Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros recursos), assistente social, médico, dentista, família, quando necessário.	0	1	2	3	4
4. Segue a orientação dos serviços acima citados	0	1	2	3	4
5. Fuma respeitando as regras de segurança	0	1	2	3	4
6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada	0	1	2	3	4
7. Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens)	0	1	2	3	4
8. Contata serviços públicos (por exemplo, polícia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma cadeira para casa, telefona diariamente para instituições para desabrigados para relatar variados problemas sem importância)	0	1	2	3	4

VI- Administração do dinheiro

1- Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)	0	1	2	3	4
7- Procura ajuda ou informação, quando necessário,	0	1	2	3	4

para planificação de seu orçamento (sem necessidade de orientação)					
8- Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicável ao caso)	0	1	2	3	4
9- Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
10- Utiliza o relógio para organizar sua programação diária	0	1	2	3	4
11- Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
12- Confere troco em lojas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VII. Transporte

1- Anda de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Informa-se e segue as indicações de um trajeto (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião) (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

VIII. Lazer

1- Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
2- Passeia fora de seu local de residência (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Cuida do jardim ou quintal (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Ouve rádio ou vê televisão (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
5- Escreve cartas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
6- Assiste atividades esportivas (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

7- Joga cartas ou outros jogos de mesa (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8- Lê jornais habitualmente (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
9- Vai a reuniões de organizações civicas ou outras (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

IX. Emprego

1- Procura emprego através de anúncios classificados	0	1	2	3	4
2- Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
3- Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
4- Participa de entrevistas de seleção para obter emprego	0	1	2	3	4
5- Tem aspirações realísticas de emprego	0	1	2	3	4
6- Sai na hora certa para os compromissos (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
7- Sai na hora certa para o emprego (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4
8- Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço (sem necessidade de orientação)	0	1	2	3	4

ANEXO D - Escala de avaliação de limitações no comportamento social (SBS-BR)
(para aplicação em membros do staff)
Social Behaviour Schedule – SBS (Wykes e Sturt, 1986)

Em todos os casos pontue o comportamento-padrão do último mês – mantenha o informante ciente desse intervalo de tempo.

Nota: A severidade do comportamento e a frequência da ocorrência devem ser levadas em consideração ao ser feita a pontuação. Em caso de dúvida, a frequência deve sempre pesar mais que a gravidade do comportamento

Escreva na folha de pontuação: local, data e informante.

Não escreva o nome do paciente ou seu endereço.

1) Comunicação: tomando a iniciativa

O paciente inicia as conversações? Ele aborda os membros do *staff* para perguntar ou começar um diálogo?

Se o paciente faz essa abordagem, ele depois mantém o diálogo?

0. Boa quantidade de contatos espontâneos. Pode iniciar a conversação e mantê-la por meio de contribuições espontâneas. Se alguém mais inicia o diálogo, o paciente responde apropriadamente e freqüentemente mantém a conversação (isto é, respostas ativas e passivas).

1. Pode algumas vezes iniciar ou manter a conversação, mas isso não é freqüente e a quantidade de assuntos é pequena. Se outra pessoa inicia o contato, o paciente normalmente responde apropriadamente, mas por pouco tempo e então pára de conversar.

2. Ocasionalmente a fala é espontânea, mas isso não é comum e limita-se a uma saudação, trocas rápidas, etc. Freqüentemente ignora as tentativas de contatos dos outros, ou sai de perto.

3. Usualmente renega as tentativas de diálogo (em geral sai da sala, vai embora), o único contato espontâneo iniciado pelo paciente é não-verbal, como sorrir, pegar na mão, ou contato agressivo.

4. O paciente não fala nada. Ele não responde quando cumprimentado ou quando alguém fala com ele. Ele faz contatos verbais ou não-verbais muito raramente.

2) Conversação: incoerência

O quanto o paciente é prejudicado em manter diálogo com as pessoas, em decorrência da incoerência do discurso?

Atenção, esse item não está preocupado com a capacidade de articulação ou com o quanto o paciente é capaz de se expressar de forma inteligente. A incoerência de discurso aqui é associada a transtorno psicótico. Se preciso for, dê um exemplo de discurso incoerente.

0. Nenhuma incoerência no discurso.

1. Alguma incoerência ocasional no discurso, em geral uma ou duas vezes ao mês.

2. A incoerência do discurso ocorre mais freqüentemente uma vez por semana.

3. A incoerência do discurso é freqüente, mais de uma vez por semana.

4. A conversação do paciente é sempre, ou quase sempre, caracterizada por incoerência no discurso.

É muito difícil entender qualquer coisa que ele diga.

3) Conversação: excentricidade/inapropriação

O quanto a conversação do paciente mostra uma preocupação com tópicos bizarros ou excêntricos, os quais a maioria das pessoas, não apenas os especialistas, considerariam muito bizarros? Dê exemplos.

0. O comportamento acima não ocorre.

1. O comportamento acima está presente ocasionalmente, uma ou duas vezes por mês.

2. O comportamento acima ocorre mais freqüentemente, em geral, uma vez por semana. Mas a maioria do discurso não é bizarra.

3. O comportamento acima ocorre freqüentemente, em geral diariamente.
4. Toda a conversação do paciente é virtualmente bizarra ou excêntrica.

Interação social: nota

Os seguintes três itens dizem respeito a três diferentes aspectos da habilidade do paciente em interagir com as pessoas. Essas pontuações dão uma idéia de quanto as pessoas têm que ceder para que os problemas ou dificuldades sociais do paciente possam ser superados, de modo que possam interagir com ele. Assim sendo, a pontuação do paciente nessas três questões vai indicar o quanto ele é prejudicado por essas deficiências no relacionamento imediato com a família ou com os profissionais encarregados.

4) Interação social: habilidade de fazer contatos sociais de forma adequada

Se o paciente estiver parado em um ponto de ônibus e alguém perguntar a ele quando chega o próximo ônibus, ele será capaz de responder adequadamente? Ele parecerá excêntrico na maneira de se comportar?

0. Ele se comporta apropriadamente ao fazer contatos com os outros. Ou ele não está interessado em fazer contatos sociais.
1. Ele faz contato com os outros de forma apropriada até certo ponto, mas ele é prejudicado por falta de compreensão do que é e do que não é socialmente aceitável (comportou-se de forma inadequada no último mês em uma ou duas ocasiões).
2. O paciente pode abordar outras pessoas de forma aceitável socialmente, mas freqüentemente se porta de forma inadequada (em geral uma vez por semana).
3. A maioria das tentativas do paciente de fazer contatos são de forma inapropriada (em geral mais de uma vez por semana, mas não tão grave).
4. Ele é totalmente inábil em comportar-se adequadamente e cria embaraços freqüentes por causa de sua inadequação ao tentar se aproximar dos outros. Ele nunca ou quase nunca aborda as pessoas de forma adequada.

5) Interação social: proporção de contatos sociais que são por natureza hostis

Essa avaliação se refere ao tipo de contato que o paciente faz com outras pessoas. A ênfase é dada na avaliação de hostilidade verbal ou física. Apenas considere a hostilidade se for inapropriada ou mais extrema do que a situação exige. A hostilidade verbal deve incluir xingamentos, etc., mas não inclui apatia ou falha em responder a uma abordagem social. Só considere hostilidade se o paciente tenha tido um contato físico de natureza hostil com outra pessoa.

0. Os contatos são praticamente todos amistosos.
1. A maioria dos contatos são amistosos. Ocasionalmente são inapropriadamente hostis (um ou dois incidentes no último mês ou mais do que isso, mas de importância relativamente menor).
2. Incidentes de contato inapropriadamente hostil são mais freqüentes ou um incidente sério envolvendo comportamento ameaçador aconteceu no último mês, mas a maioria dos contatos foi amistosa.
3. A maioria dos contatos são de hostilidade verbal (xingamentos, acusações, etc. mais que uma vez por semana).
4. Os contatos são de freqüente hostilidade verbal, ou o paciente em algum momento do último mês foi fisicamente hostil.

6) Interação social: comportamento chamativo

O paciente tenta monopolizar a atenção das pessoas? Ele fica ressentido se os membros do *staff* ou seus parentes dão atenção a outros?

0. O paciente não busca atenção de forma inadequada.
1. O paciente busca algumas vezes monopolizar a atenção, mas não se aborrece se a atenção é dada a outros (ocorreu um incidente quando o paciente buscou monopolizar a atenção, uma vez no último mês).

2. O paciente busca algumas vezes monopolizar a atenção e tende a ficar zangado e ressentido se a atenção é dada a outros.
 3. O paciente demanda a atenção dos outros constantemente (mais de uma vez por semana).
 4. O paciente demanda a atenção dos outros constantemente (tanto de algumas pessoas especificamente, como de algum parente em especial, membro do *staff* da instituição ou outras pessoas em geral).
- O paciente também freqüentemente fica zangado ou ressentido se qualquer atenção é dada a outros.

7) Idéias ou comportamento suicida ou de auto-agressão

A avaliação deste item deve ser feita de forma conservadora. Uma pontuação de três ou mais só deve ser feita se o informante estiver seguro de que as lesões que o paciente sofreu foram de natureza suicida.

0. O paciente nunca falou em suicídio nem tentou.
1. O paciente fez alusões indiretas a suicídio no último mês.
2. O paciente falou diretamente em suicídio no último mês.
3. O paciente fez algum ato suicida no último mês (cortes nos pulsos) ou falou de suicídio várias vezes no último mês.
4. O paciente fez uma séria tentativa de suicídio ou lesão a si mesmo no último mês.

8) Ataques de pânico e fobias

Essa avaliação diz respeito a quanto o paciente está incomodado pela ansiedade, tanto a ansiedade ligada a situações especiais (estar com outras pessoas, viajar, sair de casa) quanto sentimentos de ansiedade generalizada e tensão. Preocupação com a saúde está incluída, se não há fundamento objetivo.

0. O paciente está livre o bastante da ansiedade, a ponto de conseguir empreender qualquer atividade social ou de outro tipo que possa escolher.
1. O paciente é incomodado por uma ansiedade ocasional, ou sua ansiedade não é forte o suficiente para prejudicá-lo porque está confinada a pequenas áreas. Ou o nível da ansiedade é baixo o suficiente para que o paciente possa suportá-la e viver com ela.
2. O paciente está tenso e ansioso a maior parte do tempo, o que dificulta sua atuação em determinadas áreas fundamentais de sua vida. Contudo, em geral, consegue lidar com a ansiedade.
3. O paciente sofre de ansiedade a maior parte do tempo, ou tem muito freqüentemente (duas vezes por semana) ataques de ansiedade. Há poucas áreas em que o paciente pode atuar sem ser prejudicado pela ansiedade.
4. O paciente é extremamente tenso e ansioso o tempo todo. Sua ansiedade o impede de fazer quase tudo e o atormenta constantemente.

9) Inquietação e hiperatividade

A hiperatividade deve ser considerada se um ou mais dos seguintes itens estiver presente: o caminhar inútil para cima e para baixo ou entrar e sair de sala em sala, movimentos desnecessários freqüentes, inquietação geral, excitação. Se o caminhar inútil está presente, ou mais que um dos outros comportamentos está presente, então avalie como hiperatividade marcante.

0. Nenhuma hiperatividade ou inquietação marcantes.
1. Períodos de inquietação ou hiperatividade ocasionais (uma ou duas vezes no último mês).
2. A hiperatividade ocorre freqüentemente (semanalmente).
3. O paciente mostra freqüente hiperatividade marcante (todo dia ou noite).
4. O paciente mostra hiperatividade marcante por longos períodos regularmente (muitas noites passando horas andando para cima e para baixo).

10) Rir e falar sozinho

Só considere aqui se for óbvio para o informante que o paciente não está rindo socialmente, ou seja: evidência de riso quando só ou murmurar de modo que ninguém consiga escutar são evidências suficientes para ser feita uma avaliação

0. Nenhum riso ou solilóquio.

1. Episódios ocasionais de risos ou murmúrios quando está só (uma ou duas vezes no último mês). Pode-se controlar se chamado à atenção.

2. Episódios mais freqüentes de solilóquios ou risos sozinho (três vezes no último mês). O paciente tem alguma dificuldade de se controlar quando chamado à atenção.

3. Episódios em que ri ou fala sozinho ocorrem com freqüência (semanalmente).

4. Risos imotivados ou solilóquios muito freqüentes (diariamente). Ou menos que uma vez ao dia, mas com episódios de longa duração.

11) Realização de idéias bizarras

Essa avaliação diz respeito a se o paciente se decide a fazer alguma coisa em função do seu delírio. Por exemplo: ir para o local de alguma catástrofe porque acredita que sua ajuda é imperiosa, ou então assume que é rico e gasta ou tenta gastar muito dinheiro, sem que isso seja verdade.

0. Não tem esse comportamento.

1. Esse comportamento ocorreu uma vez no último mês.

2. Esse comportamento ocorreu mais de uma vez no último mês.

12) Estereotipias e maneirismos

(Dê exemplos)

Essa avaliação é referente a movimentos estranhos, estilizados, ou posturas inapropriadas e desconfortáveis.

0. Nenhuma estereotipia ou maneirismo.

1. Apresenta alguma postura estranha, desconfortável, ou maneirismo ocasionalmente (uma ou duas vezes no último mês).

2. Esse tipo de comportamento aparece mais freqüentemente (uma vez por semana).

3. Esse tipo de comportamento aparece muito freqüentemente (mais que uma vez por semana).

4. Esse tipo de comportamento aparece quase sempre (o paciente adota posturas estranhas ou maneirismos a maior parte do tempo e diariamente).

13) Hábitos ou maneiras socialmente inaceitáveis

Essa avaliação se refere a hábitos inaceitáveis, tais como segurar os genitais, soltar flatos ruidosos, limpar o nariz, etc. Pergunte particularmente sobre problemas na hora das refeições como falta de educação à mesa.

0. Tem boas maneiras e o comportamento é socialmente aceitável.

1. O comportamento não é marcadamente inaceitável e o paciente tem qualidades positivas em sua maneira de agir.

2. comportamento inaceitável ocasional (hábitos marcadamente desagradáveis, rudeza, grosseria). No entanto, o comportamento do paciente é, na maior parte do tempo, aceitável.

3. Episódios freqüentes de comportamento inaceitável como acima (uma vez por semana).

4. O comportamento é marcadamente inaceitável a maior parte do tempo.

14) comportamento destrutivo

Sob este item avalie apenas o comportamento que resulte em destruição de objetos. Se algum incidente inclui algum comportamento ameaçador aos outros, bem como destruição de propriedade desses, então avalie apenas sob o item 5.

0. O paciente tem um razoável controle em casos de provocação, tem controle de sentimentos e atos agressivos, de modo socialmente aceitável.

1. Ocasionalmente ameaçador, mas não passa disso.
2. Ameaças freqüentes de destruir objetos.
3. Danificou objetos quando estava com raiva no último mês, por exemplo, quebrou janelas, rasgou roupas, etc.

15) Depressão

Essa avaliação diz respeito ao tempo que o paciente passa com sua cabeça entre as mãos, parecendo miserável e às observações do tipo "Eu desejava não ter nascido" ou "a vida não tem graça", etc. As idéias suicidas por si só não são um indicativo de depressão. Outros sinais necessitam estar presentes para se fazer uma avaliação precisa.

0. Sem esse comportamento.

1. Esse comportamento ocorre ocasionalmente (um ou dois breves incidentes no último mês).
2. Esse comportamento ocorre mais freqüentemente ou por maiores períodos de tempo (uma vez por semana).
3. Esse comportamento ocorre quase sempre (diariamente).

16) comportamento sexual inadequado

Essa avaliação se refere à atividade sexual dirigida a outras pessoas. Não inclua: auto-estimulação, masturbação em local público quando o paciente não está ciente de regras sociais e quando não é dirigida a outros. Se não existe certeza se o comportamento tem cunho sexual, deve ser classificado sob o item 13, hábitos socialmente inaceitáveis. Considere a questão como de natureza sexual apenas se ela é dirigida a provocar os outros. Se não é provocativa, então avalie como estranheza ou conversação inadequada, item 3.

0. Nenhum comportamento ou conversa inadequada.

1. O paciente está um pouco preocupado com assuntos de natureza sexual (falou uma ou duas vezes sobre sexo num contexto inadequado no último mês).
2. O paciente exhibe mais freqüentemente um comportamento sexual inadequado (faz tentativas sexuais mal recebidas).
3. O paciente exhibe um comportamento sexual marcadamente inadequado muito freqüentemente (expõe a si próprio, faz tentativas sexuais mal recebidas e de maneira embaraçante).
4. O paciente exhibe um comportamento como no item acima quase sempre (semanalmente). Seu comportamento é suficientemente grave e freqüentemente causa problemas na vizinhança e na comunidade.

17) Aparência pessoal e higiene

Ao fazer essa avaliação considere o asseio, cabelos, se troca as roupas de baixo, incontinência. Também considere aparência bizarra. Leve em consideração a quantidade de orientação que o paciente recebe. Se, por exemplo, o paciente está em um abrigo, considere como ele poderia cuidar de si próprio sem uma supervisão (não considere vestir-se fora de moda).

0. Hável em cuidar da aparência e asseio adequadamente.

1. Usualmente a aparência é satisfatória, mas ocasionalmente necessita de orientação, ou presta atenção em alguns aspectos, negligenciando outros.
2. Muito freqüentemente necessita de orientação sobre sua aparência (três vezes no último mês). Ou está atento à aparência, mas de maneira inadequada, de modo que fica parecendo bizarro.
3. Apresenta considerável negligência consigo mesmo a maior parte do tempo. Necessita freqüentemente de orientação (mais de uma vez por semana) e alguma supervisão.
4. Grande negligência. Nenhum cuidado espontâneo com roupas, lavar cabelos, higiene. Necessita supervisão em todos os aspectos. Pode cheirar mal se não for supervisionado. Pode apresentar incontinência se não for lembrado.

18) Lentidão

Esse item se refere à lentidão anormal, paciente se sente anormalmente lento, anda anormalmente devagar ou é lento ao fazer movimentos. Leve em consideração a idade e a condição física.

0. Nenhuma lentidão anormal.

1. Moderadamente lento em algumas ocasiões, mas não a maior parte do tempo.

2. Moderadamente lento a maior parte do tempo, mesmo quando estimulado.

3. Moderadamente lento a maior parte do tempo, com períodos de extrema lentidão, como abaixo.

4. Extremamente lento. Permanecerá sentado ou sem fazer nada se não for estimulado, e mesmo assim se moverá muito lentamente.

19) Inatividade

Esse item se refere apenas à inatividade. Tenha em mente que o paciente pode ser lento e inativo ou inativo apenas. Inatividade aqui é definida como falta de atividade espontânea. Se o paciente não é estimulado ficará sentado e não fará nada (inatividade moderada). Quando não é possível estimular o paciente para desempenhar uma tarefa, então classifique como extrema inatividade.

0. Nenhuma inatividade anormal.

1. Moderada inatividade ocasional, mas a maior parte do tempo se mantém ativo.

2. Moderada inatividade a maior parte do tempo, mesmo quando estimulado.

3. Moderada inatividade a maior parte do tempo, com períodos de extrema inatividade, como abaixo.

4. Extremamente inativo. Permanecerá sentado ou deitado sem fazer nada se não for estimulado, e mesmo então será muito lento nos movimentos.

20) Concentração

Sugestões de perguntas:

O paciente tem dificuldade em se concentrar numa tarefa, mesmo quando quer fazê-la? Ou ao ver TV? Ou ao ler um livro? O paciente se distrai facilmente? Ele consegue concentrar seu pensamento em algo e então executar tarefa, ou é impossível se concentrar por tempo suficiente?

0. O paciente não tem problemas de concentração.

1. O paciente tem períodos em que é inábil em se concentrar.

2. O paciente só consegue se concentrar uns poucos minutos de cada vez.

21) comportamento não especificado em outro lugar e que impede progressos.

Especifique qualquer outro comportamento ou atitude não previamente especificados, que parece estar atrasando o progresso do paciente (fumar, comer em excesso, anorexia, roubo, obsessões, distúrbio de sono). Seja cuidadoso ao avaliar. Não avalie aqui comportamentos que podem ser pontuados em outros itens.

0. Nenhum comportamento desse tipo presente.

1. Esse comportamento não ocorreu no último mês, mas o informante preocupou-se em que ele pudesse ter acontecido.

2. Esse comportamento ocorreu poucas vezes no último mês.

3. Esse comportamento ocorreu mais freqüentemente.

4. Esse comportamento tem sido muito freqüente.

All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution License](#)

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 785

05403-010 São Paulo SP Brasil Tel./Fax: +55 11 3069-8011

